Nr. 32. 10. sierpnia 1930. Rok IX.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Ś. p. Prof. E. ŻEBROWSKI i Dr. E. BRATKOWSKI. Warszawa.

Typhlostasis hepatica.

Z I-ej Kliniki Wewnętrznej Uniwersytetu Warszawskiego.

Badając systematycznie okrężnicę u chorych na wątrobę, wykrywamy od lat kilku zespół chorobowy tak swoisty, tak wyraźnie zaznaczony, a jednocześnie tak częsty, a więc mający znaczenie praktyczne, że postanowiliśmy go podać do wiadomości ogólnej.

Mianowicie, u chorych, mających dużą wątrobę, występującą conajmniej na 3—5 palców z pod łuku żebrowego, wyczuwamy dość często w prawej jamie biodrowej guz — duży, podłużny, przebiegający przez jamę skośnie z góry z prawa — na dół w lewo. Guz jest nieco przesuwalny w kierunku poprzecznym i mniej lub więcej tkliwy. Przedstawia się on pod dwiema postaciami. Albo, jest to twór twardy, gładki, podłużny, okrągły, jak kiełbasa, o szerokości około 3 palców, posiadający wyraźnie wyczuwalny dolny biegun, zaokrąglony, jak śliwka, gładki, twardy, sięgający nisko — do więzadła pachwinowego. Albo znów jest to guz bardzo duży — szerokości dłoni i powyżej, wypełniający całą jamę biodrową, sięgający swym grzbietem wewnętrznym niemal środkowej linji ciała. Wówczas jest on tworem bardziej miękkim o zarysach mniej wyraźnych, jednakże o tyle zaokrąglonych, że wyczuwając go, otrzymujemy wrażenie dużej szerokiej kiełbasy — t. zw. salcesonu.

Te właściwości guza najłatwiej można określić, jeżeli ułożyć chorego na boku lewym pod kątem 45⁰. Wówczas kiszki cienkie, jako twory o kresce szerokiej, opadają na dół. Prawa jama biodrowa staje się przestronniejszą, wobec czego jej mało przesuwalne narządy, jak wstępnica, wyczuwają się wyraźniej.

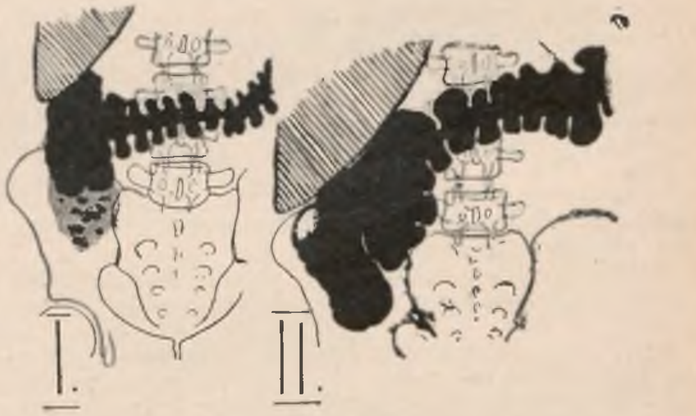
Górny biegun guza zwykle kryje się pod wątrobą. Ku wewnątrz od niego daje się wyczuć tuż obok, lub w nieznacznem oddaleniu drugi twór też o dwóch konturach, również wydłużony, lecz węższy i miększy. Śledząc dalszy jego przebieg, wykrywamy, że ten twór jest długi, ciągły, przebiega całą jamę brzuszną łukowato, opadając w śródbrzuszu ku dołowi, wznosząc się wysoko ku śledzionie, słowem, że to jest poprzecznica. Takie ustosunkowanie guza do narządów sąsiednich, umiejscowienie go w prawej jamie biodrowej, kształt walcowaty, gładka powierzchnia, cechy zbitości, pewna przesuwalność ręczna, wszystko to przemawia za tem, że mamy do czynienia z kiszką grubą — z jej odcinkiem prawym, wstępującym *(colon ascendens)*, który tworzą kiszki: ślepa i wstępująca *sensu strictiori*.

Obecność guza w tej okolicy nasuwała bardzo liczne przypuszczenia. Można było myśleć o naciekach (ewent. ropniach) zapalnych, gruźliczych, okołowyrostkowych, przykątniczych, otrzewnych, powstających w gruczołach krezkowych, w uchyłku Mekela o guzach kątnicy — o raku, mięsaku właściwym i limfatycznym, o ziarnicy złośliwej; o przemieszczających się w tę okolicę narządach: jak o nerce, wątrobie przewężonej, pęcherzyku żółciowym, jajniku; o wnętrostwie, o wgłobieniach; o sprawach w narządach rodnych — w jajniku, trąbce, przymaciczu; o szeregu spraw zaotrzewnych, mianowicie o ropniach opadowych, pochodzących z kręgów, z żeber, miednicy, o sprawach ropnych w mięśniu lędźwiowo-udowym; o guzach zaotrzewnych: tłuszczakach, torbielach (bąblowcowych), krwiakach; o przerzutach w gruczołach zaotrzewnych, nareszcie o sprawach w kośćcu — o chrząstniakach, kostniakach, bąblowcu, mięsakach i t. d.

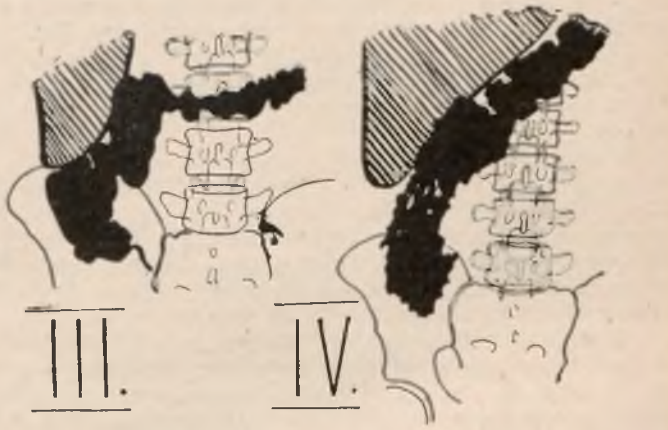
Dokładne badania kliniczne oraz dłuższe spostrzeganie chorych nie wykrywały danych, wskazujących jakakolwiekbądź z tych spraw.

By się przekonać ostatecznie z czem mamy do czynienia, oraz by wejrzeć głębiej w samą chorobę, poddawaliśmy spostrzegane przypadki badaniu rentgenicznemu. Wyniki tych badań przyczyniły się w dużej mierze do wyjaśnienia istoty sprawy. Wobec tego przedstawiamy kilka szkiców takich prześwietleń. Zdjęć dokonywał rentgenolog Szpitala Św. Ducha Dr. M. Zaleski, szkice wykonywał rentgenolog Szpitala Czerwonego Krzyża Dr. Jan Kochanowski, którym serdecznie dziękujemy za chętną współpracę.

Na wszystkich zdjęciach widzimy duży prawy płat wątroby i bezpośrednio przylegającą doń zdołu powiększoną ślepą kiszkę. Obadwa te narządy są plastyczne, podatne na ucisk. Wobec większej naogół zbitości wątroby, wobec tego, że ona naciska na kiszkę z góry, należało przypuszczać, że jej wpływ mechaniczny będzie przeważał. Istotnie, jak widzimy na obrazach, szczególnie wyraźnie na 2-gim i 3-cim, duża wątroba o tyle uciska na wstępnicę, że przewęża jej światło i powoduje zaleganie w dolnej części w *typhlon sensu strictori*. Na zdjęciu I-szem płat wątrobny zdaje się uciskać wstępnicę więcej prostopadle, tworząc coś w rodzaju pokrywy nad zgięciem wątrobnem, co oczywiście musi przeszkadzać opróżnianiu się kątnicy



Stan *typhlon* w tych rentgenogramach nie jest jednakowy. Najbardziej rozszerzonym przedstawia się on w rentgenogramie 2-gim. Był to właśnie przypadek, gdzie kątnica przedstawiała się w opisanej wyżej postaci drugiej — jako bardzo duży, szeroki, miękkawy twór, wypełniający całą jamę biodrową. Ślepa kiszka w pozostałych przypadkach — w 1, 3 i 4-tym wyczuwała się jako twór dość twardy, bardziej wydłużony szczególnie w przypadku 4-tym, gdzie ponadto szczególnie wyraźnie zaznaczył się znamienny twardy, gładki, nisko stojący dolny biegun kątnicy.



A więc wyniki badania bezpośredniego i rentgenologicznego zgodnie wykazują, że duża wątroba może uciskiem swej masy powodować upośledzenie czynności ruchowej kątnicy wszelkiego stopnia aż do największych zalegań. Ponadto spostrzeżenia nasze każą przypuszczać, że sprawa zapewne nie ogranicza się tylko do upośledzenia funkcji narządu, lecz, że w kątnicy z biegiem czasu mogą powstać i zmiany anatomiczne.

Jakeśmy to już znaznaczyli wyżej, *typhlon* w przypadkach dużej wątroby wyczuwa się różnie: albo w postaci twardego wydłużonego wału, albo jako bardzo duży, szeroki, miękawy twór. Pierwszą postać spotykaliśmy częścią w okresach początkowych u ludzi młodszych z dobrym stanem ogólnym. Drugą postać — bardzo rozszerzonego miękawego tworu spostrzegaliśmy w późniejszych okresach choroby, przeważnie u starców, lub w stanach wycieńczenia. Wobec tego wywnioskowaliśmy, że kątnica jak każdy jamisty narząd mięśniowy (np. serce) — względem **nie-**

zwykłej dużej pracy, jaką powoduje wzrastające zaleganie, zachowuje się różnie.

W okresie początkowych zalegań zawartości w ślepym zakątku jelita grubego, niezmieniona jeszcze mięśniówka kiszki odpowie na nie kurczeniem się wzmożonem, często przetrwałem — co po pewnym czasie może spowodować jej przerost. W takich razach dla ręki badającej typhlon wyda się tworem twardym wydłużonym. Lecz w przypadkach nadmiernie dużej, coraz bardziej powiększającej się wątroby, pod wpływem wzrastającego ucisku, zaczynają zalegać i rozpierać typhlon coraz większe złogi kałowe, coraz więcej obciążając i utrudniając jego kurczenie się. Z biegiem czasu następuje moment, kiedy mięśniówka jelita okazuje się niezdolną do napięcia równoważnego, i typhlon zaczyna biernie poddawać się rozpieraniu zalegających mas. Od tej chwili kątnicę, wyczuwa się jako twór miekki, szeroki, wypełniający całą jamę biodrową.

Jeżeli 1-szy okres zalegania w typhlon można nazwać hypertonicznym, to 2-gi zasługuje na miano hypo-, ewent. atonicznego.

By wyczerpać sprawę powstawania złogów kałowych w typhlon, musimy zaznaczyć, że nie same tylko przyczyny mechaniczne, jak nacisk dużego, ciężkiego, zbitego narządu na zgięcie wątrobne powodują zaleganie. W pewnej części przypadków można przypuszczać, że ten ucisk przy dłuższem trwaniu musi spowodować zaburzenia w ukrwieniu i przemianie tkanek, powlekających jelito i wątrobę. Na tle tych zaburzeń łatwo mogą powstać miejscowe stany zapalne, pozostawiające po sobie zrosty, których obecność może też wpływać ujemnie na ruchy jelita ślepego drogą mechaniczną lub odruchową.

Przechodzimy do objawów klinicznych, właściwych opisywanemu zespołowi. Są one również, jak i dane badania bezpośredniego, bardzo znamienne.

Najczęściej cierpienie przebiega przewlekle, rozwijając się stopniowo nieraz w ciągu lat kilku: znacznie rzadziej ma przebieg ostry.

Na myśl o przewlekłej *typhlostasis* naprowadza zespół następujących 3 objawów: d u ż y b r z u c h, w z d ę c i a, z a p a r c i e. Jako objawy kardynalne zasługują one na omówienie.

Spostrzeżenia nasze wykazują, że jedną z najczestszych przyczyn, powodujących po 40 latach d u ż y b r z u c h, jest właśnie skojarzenie dużej wątroby z nadmiernie przepełnioną ślepą kiszką. Dołączające się do tego bardzo często wzdęcie cienkich jelit czyni brzuch nadmiernie wydatnym, jajowatym. W przypadkach, w których wzdęcie nie jest nadmierne, a powłoki brzuszne nie są rozciągnięte ad maximum, ani zbyt grube, można u leżącego chorego przy oglądaniu brzucha zauważyć, że naogół prawa połowa wystaje bardziej, niż lewa, a przy wpatrywaniu się uważnem i dłuższem, udaje się widzieć zupełnie wyraźnie, że prawe podżebrze jest więcej wydatne, a w prawej jamie biodrowej zarysowuje się skośny, zmierzający ku środkowej linji ciała, szeroki wał. Taki wynik oglądania odrazu *ad oculos* ustala rozpoznanie zespołu wątrobnokątniczego. W kilku takich przypadkach, pokazywanych lekarzom kliniki, badania dalsze najzupełniej potwierdziły rozpoznanie, wynikające z oglądania.

Drugim objawem głównym jest w z d ę c i e b r z u c h a, bardzo uciążliwe dla chorego, bo występujące nieraz po małym posiłku i trwające godzinami. Przyczyna jego jest złożona, kryje się w upośledzeniu czynności wydzielniczych i ruchowych przewodu pokarmowego, które się spostrzega u takich chorych. Skłonni jesteśmy przypuszczać, że w szeregu tych przyczyn jedną z najbardziej ważnych jest stałe zaleganie w jelicie wstępującem.

Co do z a p a r c i a, jest ono objawem częstym, ale mniej stałym niż poprzedzające. Zdarzają się bowiem przypadki, w których nie zważając na znaczne zaleganie, czasem nawet tworzenie się dużych złogów kałowych, stolce nie są zatrzymane — fakt zresztą, naogół dość często spostrzegany w koprostazach, które same przez się tylko w wyjątkowych przypadkach powodują niedrożność jelita. W przypadkach późniejszych cierpienia, w okresach *typhlostasis atonica*, spostrzegaliśmy nieraz objaw odwrotny — rozwolnienie, dość znamienne dla *colitis chr.*: częste, małe, niesformowane czasem rozstrzępione stolce, zawierające sporo śluzu, wydalane z dużą ilością gazów.

Do zespołu objawów niestałych, ale dość częstych zaliczyć możemy: brak łaknienia, stały niesmak, odbijania, bóle w nadbrzuszu lub w prawej połowie brzucha, często znamiennie umiejscowione w dole prawej jamy biodrowej, wykazujące zależność od pozycji ciała, a mianowicie wzmagające się w pozycji siedzącej, schylonej ku przodowi, słabnące podczas leżenia na wznak, a szczególnie na prawym boku z przykurczonemi nogami. Poza dolegliwościami trawiennemi w przypadkach cięższych spostrzegaliśmy objawy właściwe ogólnemu zatruciu ustroju, jak: słabość, apatja, czasem senność, bóle głowy.

Przypadki o przebiegu ostrym zdarzały się często. Występowały zwykle po nadmiernem jedzeniu, połączonem z piciem alkoholu, co wywoływało obrzmienia wątroby i zaleganie w kątnicy. Wśród wynotowanych przypadków — 2 były wyraźnie spowodowane spożywaniem w ciągu kilku dni dużych ilości owoców z pestkami winogron i arbuzów. Wstępnicę w tych 2 przypadkach wyczuwaliśmy jako długi twardy, bolesny wał. Zalecone obfite płukanie typhlon, w ciągu dni kilku wykazywały w popłuczynach zaległe pestki.

Jako główne objawy ostrej *typhlostasis* zauważyliśmy: podniesienia ciepłoty do 38—39°, wymioty, ból głuchy, rozlany w całej prawej połowie brzucha, często i w nadbrzuszu, oraz wybitne objawy zatrucia trwające przez parę dni: nadzwyczajna słabość, nieustanne, męczące nudzenie i apatja. W pierwszych chwilach badania takiego chorego — wobec bólu w prawej połowie brzucha, podniesienia ciepłoty, wymiotów myśli się przedewszystkiem o sprawie najczęstszej — o *appendicitis ac.* Lecz nawet bardzo ostrożne szczędzące badanie, jedynie wskazane w takich razach, wykrywa często odrazu długi, okrągły wał leżący wzdłuż (nieco skośnie) w jamie biodrowej, który może być tylko przepełnioną wstępnicą i bardzo dużą bolesną wątrobę, t. j. zespół znamienny dla ostrego zalegania w kątnicy pochodzenia wątrobnego. Niema właściwej dla *appendicitis ac.* — wybitnej, dającej wrażenie „deski", obrony mięśniowej, niema znamiennego dla *appendicitis perforativa* nacieku w kształcie półksieżyca, leżącego w p o p r z e k jamy brzusznej nad więzadłem Poupart'a. Ból nie jest tak ostry i tak umiejscowiony jak przy *appendicitis acuta*: jest to raczej tylko obolenie głuche, rozlane w całej prawej połowie brzucha. Ogólne objawy — słabość, apatja — są niezwykle wybitnie zaznaczone, co również nie jest właściwe ostremu napadowi wyrostkowemu.

O wiele łatwiejsze, niż w napadzie ostrym, jest różniczkowanie w przypadkach przewlekłych. Zespół dużej wątroby i przepełnionej ogromnej wstępnicy jest tak znamienny, że niezbyt często daje powód do wahań rozpoznawczych. Jeżeli nasuwają się wątpliwości to przedewszystkiem należy się upewnić, czy twór wyczuwany w jamie biodrowej jest istotnie jelitem wstępującym.

Właściwy wstępnicy, okrągły, gładki, podłużny, małoprzesuwalny wał jest tworem tak odrębnym, że tylko w przypadkach rzadkich symulują go inne twory prawej jamki biodrowej. Częściej mogą tu wchodzić w grę: nerka opadnięta, oraz nacieki, ropnie i guzy za- i wewnątrz-otrzewne. Za nerką opadniętą będzie przemawiała przedewszystkiem zbyt łatwa odsuwalność tworu ku górze, ewentualnie znikanie go pod wątrobą, oraz charakterystyczne uczucie „wyłuskiwania", które otrzymujemy w takich razach po silnem i nagłem ściśnięciu tworu obu rękami. O wiele trudniej decydować w razach opadniętej nerki, unieruchomionej w jamce zrostami. Różnica kształtu, wypuk bebenkowy na miejscu tworu, boć nerka opadająca sunie poza jelitem — wszystko, wskutek zniekształceń zrostowych, łacno zawieść może. Jedynie rozstrzyga w takich razach badanie roentgeniczne po wlaniu bromku sodu, które wskaże nieomylnie, gdzie jest miedniczka badanej nerki. Łatwiejszą jest rzeczą odróżnianie nacieków lub ropni jamy biodrowej. W takich razach mamy głęboki, twardy, bezkształtny, zupełnie nieruchomy twór, podniesienia, czasem znaczne ciepłoty, często neutrofilną leukocytozę.

Jeżeli niema wątpliwości, że guz jest wstępnicą, mogą czasem powstawać pytania co do samej istoty sprawy. Zwykle rozstrzyga obecność drugiego składnika zespołu — dużej wątroby. Jednakże, wobec częstości powiększania się tego narządu, czasem mogą rodzić się inne przypuszczenia. Twardość przepełnionego jelita może budzić myśl o zmianach swoistych ścian jelitowych — gruźliczych, rakowatych. Wyniki obmacywania kiszki szczególnie w początkach gruźlicy lub raka, niezawsze dają podstawy do ostatecznych wniosków. Dopomóc rozumowaniu mogą dane ogólne — podniesiona ciepłota, obecność ognisk w płucach — w razie gruźlicy, wycieńczenie, chera, zmiany krwi — w przypadkach raka. Czasem prowadzi do rozpoznania usunięcie złogów z jelita, co daje możność przekonać się, czy są jakie zgrubienia w ścianie kiszkowej. Z innych spraw w jelitach grubych, wspomnę jeszcze o chorobie Hirszprunga, którą wyłączyć łatwo, jeżeli zbadać dolne odcinki jelit grubych. Ponieważ w chorobie Hirszprunga przeszkoda do opróżniania się jelit leży nisko — najczęściej nad samą prostnicą, brak stałych zalegań w esicy, zstępnicy i poprzecznicy przemawiają przeciw tej chorobie.

Pozostaje jeszcze jedno pytanie rozpoznawcze, bodaj najtrudniejsze do rozstrzygnięcia. Czy *typhlon* jest tylko rozparty

zaległemi masami? Czy nie są przytem zmienione jego ściany i okalające tkanki — t. j. czy nie mamy ponadto *typhlitis i perityphlitis?* Pytanie jest trudne, czasem niemożliwe do rozwiązania. *A priori* należy przypuszczać, że długo tkwiące złogi zmieniają o tyle warunki krążenia i przemiany w ścianach jelit, że muszą tam powstawać zaniki i zwyrodnienia komórek, a co zatem idzie i sprawy zapalne, które mogą szerzyć się i na tkanki okalające. Należy przypuszczać, że w każdym przypadku *typhlostasis* musi być i pewien stopień *perityphlitis*. Na myśl o bardziej rozwiniętych sprawach tego rodzaju mogą naprowadzać: silna bolesność oraz zwiększające się unieruchomienie i niejasność zarysów jelita, a z objawów ogólnych: podniesienia ciepłoty i leukocytowe odczyny krwi.

Przechodzimy do leczenia sprawy. Dla braku miejsca ograniczamy się do skreślenia tylko głównych zasad.

Leczenie ostrego *typhlostasis* polega na natychmiastowem, możliwie dokładnem opróżnieniu jelita. Wobec wskazanych trudności rozpoznawczych, obawy otoczenia, a czasem i samego lekarza, czy niema ostrego zropienia wyrostka robaczkowego — najlepiej zastosować ostrożne wlewki — z początku zwykłą, niedużą (1/2 l.) dla ewakuacji dolnego odcinka kiszek, a potem głębszą z wprowadzeniem miękkiego zgłębnika na 3/4—1 metr, lecz zawsze ostrożną, powolną — pod niewysokiem ciśnieniem, ciepłą w ilości nieprzekraczającej 3/4 l. Jeżeli żadnych obaw co do stanu wyrostka niema, a siły chorego pozwalają, można zastosować obfite głębokie płukanie kiszek z dużego leja, co bardzo dodatnio wpływa na dalszy przebieg cierpienia.

W przypadkach przewlekłych *typhlostatis hepatica* leczenie zgodnie z istotą sprawy musi mieć cel podwójny: polepszenie sprawności ruchowej jelita i zmniejszenie obrzmienia wątroby.

W leczeniu jelita na pierwszym planie musi być dokładne usunięcie złogów kałowych wszelką drogą: wlewkami, płukaniami głębokiemi, środkami czyszczącemi: olejem rycynowym, solą Morszyńską i t. p. zależnie od okoliczności, stanu, a często i przyzwyczajeń chorego. Czasem złogi są tak trwałe, że okres ich usuwania rozciąga się na dni kilka, lub nawet kilkanaście. W takich razach dajemy co 2 dni z rana naczczo 1-ą herbatnią łyżeczkę soli morszyńskiej w 1 szklance ciepłej wody sodowej. Wieczorem tegoż dnia wprowadzamy do jelit głęboko na 1 metr 200,0 ogrzanej oliwy nicejskiej. Jeżeli dnia następnego w godzinach rannych są obfite stolce, chory tego dnia żadnych zabiegów nie bierze. Jeżeli stolców niema, stosujemy zrana głębokie płukanie roztworem fizjologicznym.

Po usunięciu złogów przechodzimy do leczenia upośledzonej czynności jelita. By ją polepszyć, staramy się podziałać przedewszystkiem na przyczynę tego upośledzenia — na pozostałe sprawy nieżytowe, zapalne ściany jelita i otaczających tkanek. W tym celu zalecamy systematyczne co 1—2 dni, głębokie płukania jelit wodą mineralną 1—2 L. Szczawnicy, Vichy, Mühlbrunnen, Sprudel'a. By usunąć zwykłe po stanach zapalnych nacieki, wysięki, polepszyć krążenie i przemianę w ścianie jelita, stosujemy jednocześnie leczenie ciepłem w postaci wszelkiego rodzaju grzejek, okładów ogrzewających, borowinowych, diatermji. W tymże celu naznaczamy w przypadkach ze ściśle ustalonem rozpoznaniem systematyczne miesienie jelit.

Stosując powyższe zabiegi, nieustannie zwracamy baczną uwagę, czy jelito opróżnia się regularnie i dostatecznie. Gdzie czynność ruchowa jest upośledzona, staramy się ją pobudzić, wzmagając podniety naturalne, unikając stanowczo środków czyszczących. Głównie działamy zmianą sposobu żywienia. Stosujemy gdzie tylko można pokarm jarski, jako zawierający dla jelit większą ilość podniet mechanicznych i łagodnych chemicznych. Jeżeli zwykła dieta jarska nie pomaga — dajemy specjalne zlecenia spożywania owoców lub kompotów naczczo na 1/2 godziny przed porannym posiłkiem, gdzie można obfite spożycie na kolację surowych owoców, jarzyn. W rzadszych przypadkach, w których jelita pomimo wszystko, wymagają jakiejś specjalnej podniety, ograniczamy się do takich środków jak szklanka wody zimnej lub mleka zsiadłego naczczo, żółć suszona (Felalbin Spiess'a) po 0,3 w kapsułce przed każdym posiłkiem, parafina płynna (Enterol Motor, Nujol) po 1—3 łyżki stołowe rano i wieczór.

Wszystkie wymienione środki, leczące jelito grube, pobudzające je do regularnego i dokładnego opróżniania się, oczywiście będą bardzo dodatnio działały i na krążenie w układzie bramnym, a przez to *eo ipso* będą leczyły i 2-gi czynnik zespołu wątrobę, zmniejszając wydatnie jej przekrwienie, a więc i rozmiary. Jednakże w większości przypadków długotrwałe powiększenia wątroby, jak wykazują spostrzeżenia codzienne, nie ustępują tak łatwo. Przeto należy od początku jednocześnie z leczeniem jelita leczyć energicznie i wątrobę, jako pierwszą przyczynę *typhlostasis hepatica*. Pod tym względem cieszą się uznaniem wody mineralne Krynicy, Morszyna, Karlsbadu, Vichy, Monte Catini — naturalne „żywe" roztwory soli, głównie magnezu, sodu, działające jako lekkie *choleretica i cholagoga*. Przyjmowanie systematycznie naczczo i na 1 godz. przed każdym posiłkiem w ilości 200—400 cm³, już po paru tygodniach powodują nieraz znaczne zmniejszanie się rozmiarów wątroby. Również spostrzegaliśmy czasem dobre wyniki po systematycznem piciu ziół — różnych mieszanek lekkich *laxantia, choleretica i cholagoga*. W przypadkach, w których wśród czynników, powiększających rozmiary wątroby, odgrywa rolę niedomoga krążenia, dobre wyniki daje dłuższe stosowanie małych dawek środków nasercowych, a w przypadkach dawno powstałych zastoin, powodujących już bujanie tkanki łącznej w narządzie, powtórne miejscowe krwioupusty w postaci pijawek lub baniek ciętych (10—20) na okolicę wątroby. Co do diety, to jarskie żywienie jako szczędzące wątrobę, zaopatrujące ją w glikogen, ewakuujące kiszki, a przez to zmniejszające pletorę brzuszną, jest najbardziej odpowiednie. Uwzględniając specjalnie chorą wątrobę, uważamy, że częste, smaczne, urozmaicone, obfitujące w węglowodany posiłki są szczególnie wskazane, jako najlepsze cholagoga.

Drugą zasadą dietetyki wątrobnej musi być stosunkowa obfitość porannych posiłków, narastająca skąpość wieczornych. Celem tej zasady jest skrócenie czasu wzmożonej pletory bramnej, a *eo ipso* i przekrwienia wątroby. Narówni z dietą w leczeniu przekrwień wątrobnych musimy podnieść jeszcze ogromny, wprost swoisty wpływ leczniczy ruchu, jako czynnika regulującego krążenie bramne, szczególnie wątrobne.

Na tem kończymy opis spostrzeganego przez nas zespołu chorobowego. Postanowiliśmy go podać do ogólnej wiadomości, bo ma on znaczenie praktyczne, jako dość częsty. W ciągu tych dwóch lat zarejestrowaliśmy około 200 takich przypadków.

Szczególnie często spostrzegamy go u osób starszych, oddawna chorujących na wątrobę i serce.

Ponadto zaleganie kiszkowe stanowi moment, kryjący w sobie znaczne niebezpieczeństwo dla ustroju. Wspomnijmy tylko o wpływie upośledzającym, przedwcześnie postarzającym zatruć, idących z jelita grubego, który tak podnosili Miecznikow, Danysz. A wpływ *typhlon* na wątrobę. Przecież drogą żyły bramnej z tego zakątka jelit idą wciąż do wątroby wpływy toksyczne, które zwykle powodują bujanie tkanki łącznej wokół rozgałęzień *v. portae* i przez to przyśpieszają fatalne zejście sprawy wątrobnej w marskość. Wynikiem zastoiny w jelicie grubem w pewnych przypadkach może być nawet ostry zanik wątroby, jak o tem pisze Kaufmann (wydanie 1922 r., str. 715).

Wszystkie te motywy pobudziły nas do opisu zespołu wątrobno-kątniczego. Bo i w klinice i w praktyce odgrywa dużą rolę wiadomość o jednostce chorobowej „Wiedzieć — to wykryć". Aby zespół nasz spopularyzować i uczynić poręcznym, nadaliśmy mu miano greckie *Typhlostasis hepatica*, miano, które się nam wydaje właściwem bo obejmuje i istotę *(Typhlostasis)* i przyczynę *(hepatica)* cierpienia.

Dr. Wł. KROTOW, st. asystent kliniki. Wilno.

Urografja jako dalszy postęp roentgenodiagnostyki [1].

Z I-ej kliniki wewnętrznej Uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie, oraz pracowni roentgenologicznej przy niej.
Kierownik: Prof. Zenon Orłowski.

Pyelografja, jako oddzielna gałąź roentgenodjagnostyki, datuje swój początek od tego czasu, jak w 1906 roku Völker i Lichtenberg (1) zaproponowali wlewanie 5% collargolu, jako masy kontrastowej, do pęcherza, moczowodów, miedniczek nerkowych. Cameron (2), a za nim Joseph i Braasch (2) zamiast collargolu zaproponowali wlewanie soli bromu i jodu. Metoda ta faktycznie jest w użyciu i do dziś dnia; za pomocą cewników, wprowadzonych do moczowodów, wlewa się do górnych dróg moczowych 40% roztworu bromku ewent. jodku, przeważnie jednak bromku. Nie usuwając cewników, dokonuje się zdjęcia miedniczek nerkowych i moczowodów. Metoda ta, aczkolwiek daje dobre, ostre cienie, posiada wielką ilość ujemnych cech, co w znacznym stopniu ogranicza jej stosowanie i rozpowszechnienie: przedewszystkiem, samo wlewanie kontrastu wymaga udziału specjalisty-urologa, a w wielu przypadkach jest ono trudne

---

[1]) Wygłoszono w Wileńskiem Towarzystwie Lekarskiem dn. 2 lipca 1930 r.

i niemożliwe nawet dla niego, pomijając już to, że samo wprowadzenie do pęcherza instrumentów i wogóle sam zabieg jest niezmiernie przykry dla chorego, gdyż połączony jest z uczuciem bólu, a niekiedy nawet z uszkodzeniem tkanki dróg moczowych (krwotoki, bolesne oddawanie moczu i t. d.). Łatwe jest przeniesienie zarazków z dolnych dróg moczowych do górnych. Płyn wlewany idzie w kierunku przeciwnym fizjologicznemu prądowi moczu; drogi moczowe zwłaszcza miedniczki, ulegając nadmiernemu rozszerzeniu, mogą nasunąć myśl o wodonerczu, tam, gdzie jego niema wcale i t. d. W dodatku, co najważniejsze, metoda nic nie daje lekarzowi co do samych nerek.

Te i inne jeszcze braki metody zmusiły badaczy do poszukiwania innych sposobów roentgenologicznego badania dróg moczowych, już nie tylko miedniczek, moczowodów i pęcherza moczowego, ale i samych nerek, t. j. stworzenia urografji, jako odrębnej gałęzi roentgenodjagnostyki. Na postęp w tej dziedzinie wybitnie wpłynęło wykrycie metod cholecystografji przez Grahama i Cole. I tu zwrócono się przedewszystkiem do połączeń jodu, gdyż J ma zdolność pochłaniania promieni „X" znacznie większą niżli połączenia bromu, co zależy od tego, że J ma znacznie większy ciężar cząsteczkowy niż brom (J — 128, Br — 80). Amerykańcy uczeni, Rowntree, Osborne, Sutherland, Scholl(3) — pierwsi zaczęli stosować dożylnie względnie doustnie 5—20% rozczyn *Natrii jodati*, nieco zaś później Volkmann(4) — 10% rozczyn tegoż *Natrii jodati*. Okazało się jednak, że drogą tą można otrzymywać ładne zdjęcia pęcherza moczowego, lecz nie nerek, miedniczek i moczowodów. Szukano więc w dalszym ciągu i innych środków, i oto Roseno(3) wystąpił z pyelognostem (połączenie *natrii jodati* z mocznikiem). 63,0 g pyelognostu, rozpuszczonego w 200—250 cm³ wody, zawierającego z górą 30,0 jodu, autor wprowadzał do ustroju dożylnie i natychmiast fotografował drogi moczowe. Opierając się na 80 zbadanych przypadkach, Roseno podał do wiadomości o swoim sposobie na kongresie urologów niemieckich w Monachjum w 1929 r. I ten sposób jednak nie zadowolnił roentgenologów: Bergerhoff(5) twierdzi, że pyelognost daje cienie znacznie słabsze i znacznie mniej wyraziste, niżli pyelografja „od dołu". To samo mówią Jaschke(6) i inni autorzy [2]). W dodatku wielu autorów obserwowało szkodliwe działanie pyelognostu na ustrój ludzki. Tak, Hutter(8) obserwował 3 przypadki ciężkiego zatrucia jodem. Jaschke — przypadek ciężkiego obrzęku krtani. Te zjawiska zatrucia po zastosowaniu pyelognostu niekiedy są tak groźne, że Jaschke wprost mówi o niedopuszczalności stosowania takich niebezpiecznych środków.

Wobec groźnych powikłań, zdarzających się nieraz po wprowadzeniu dożylnem pyelognostu Ziegler i Köhler(9) opracowali doustną metodę: podawali oni choremu naczczo w mleku 8—10,0 jodku sodu, jednocześnie z 10,0 mocznika. Po 15 minutach kładli chorego do wykonywania roentgenografji, uciskali mu za pomocą kompresorów dolną część brzucha, co sprzyjało zatrzymywaniu się moczu w moczowodach i miedniczkach. Pierwsze zdjęcie robiono po upływie 30 minut od czasu zażycia środka, w razie potrzeby — powtarzano je po godzinie, dwóch i t. d. W ten sposób, według twierdzenia autorów, udawało się im otrzymywać dobre wyniki.

Na tymże samym kongresie urologicznym w Monachjum we wrześniu 1929 r. v. Lichtenberg i Swick(10), wystąpili ze swoim preparatem. Niemieccy chemicy Binz i Räth(11), pracując nad preparatem używanym w weterynarji — selectanem, wykryli pewną odmianę jego o dużej zawartości jodu, najprawdopodobniej jodpirydynę, która, jak się okazało, nadaje się do wprowadzenia do ustroju ludzkiego w większej ilości, przyczem nie wykazuje nań szkodliwego wpływu. Ten związek chemiczny o zawartości jodu 42% pod nazwą uroselectan, v. Lichtenberg i Swick po dokonaniu szeregu badań wprowadzili do roentgenodjagnostyki dróg moczowych w 1929 r., o czem, jak wyżej było powiedzione i podali do wiadomości na kongresie. Na rynku farmaceutycznym w wolnej sprzedaży środek ten zjawił się ledwie w lutym 1930 r. Wypuściła go firma Schering-Kahlbaum w Berlinie. Preparat ten w ilości 30—35—40 g rozpuszczony w trzykrotnej ilości wody, nadaje się wyłącznie do stosowania dożylnego, nie nadaje się wcale do podawania doustnie ze względu na swój niezmiernie przykry smak. Referat swój Lichtenberg i Swick ogłosili na podstawie badań w 84 przypadkach, przyczem we wszystkich przypadkach otrzymali dobry wynik w znaczeniu rozpoznawczem. W 75% przypadków badanie roentgenologiczne za pomocą uroselektanu dały wskazania do przeprowadzenia tej lub innej kuracji. Wyniki badania w 35 przypadkach były sprawdzone podczas zabiegu operacyjnego, a w 1-ym przypadku — na sekcji.

Komunikat Lichtenberga i Swicka wzbudził ogólne zainteresowanie i w obecnej chwili mamy już bogate piśmiennictwo, tyczące się uroselektanu. Stosowano go u chorych w różnym wieku, u starców i u dzieci. Specjalnie nad dziećmi pracował Drachter(12) i przekonał się, że znoszą dobrze go nawet 1-o roczne niemowlęta. Jaschke stosował uroselectan u 20 kobiet, wśród których były i ciężarne i nie obserwował żadnych przykrych ubocznych objawów. Wüllenweber(13) przerobił próbę na sobie i zaznacza, że oprócz uczucia gorąca w głowie i ślinotoku niczego więcej nie odczuwał. Kielleutner(14) stosował uroselektan w 35 przypadkach zawsze z dobrym wynikiem. Pracował nad środkiem szereg autorów: Rave(15), Edelmann(15) (40 przypadków), Kornitzer(15) (9 przypadków), Ravasini(15) (10 przypadków), Grisogono i Gortan(15), Liebemann(15), Santi(15) (5 przypadków), Palygyay(15) (14 przypadków), Spalitzer (10 przypadków) 15).

W rezultacie wszystkich tych badań przekonano się, że metoda urografji „od góry" za pomocą uroselektanu daje wcale nie gorsze rezultaty od pyelografji „od dołu", a Ziegler i Köhler znajdują, że pyelo-urogramy, otrzymane drogą dożylnego zastrzyku uroselektanu dają cienie znacznie wyrazistsze i ostrzejsze niżli metoda „od dołu". Prawda, kombinowali oni zastrzyk uroselektanu z uciskiem dolnej części brzucha w ciągu 10 minut za pomocą kompresora. Legnen(16) znajduje, że metoda jest bardzo prosta, nadaje się szczególnie u dzieci i mężczyzn. Ogromna większość autorów podnosi, że środek jest nieszkodliwy dla ustroju ludzkiego, że po za uczuciem gorąca w głowie, czasami w jamie brzusznej, poza ślinotokiem, uczuciem pragnienia przez krótki czas, nie obserwowali żadnych większych ubocznych zjawisk. Nikt z autorów nie obserwował ani jodzicy, ani *acne jodicum*. Pojedyncze jednak autorzy obserwowali dreszcze i nieznaczne podniesienie ciepłoty (Ravasini), a Swick(17) opisuje przypadek śmierci na klinice Lichtenberga u dziecka po zastrzyku uroselektanu — lecz dziecko to było chore na mocznicę i wciąż wymiotowało. Był to więc przypadek schorzenia dróg moczowych bardzo ciężki i daleko posunięty, tak że nie może on pomniejszać wartości uroselektanu. Niżej zobaczymy, że w takich przypadkach zastrzykiwanie uroselektanu jest wogóle przeciwwskazane.

Na wiosnę r. b. klinice po wielkich zabiegach udało się otrzymać z Berlina 7 flaszek uroselectanu po 40 g, (wwóz preparatu do Polski nie był jeszcze dozwolony). Na zlecenie kierownika kliniki p. prof. Zenona Orłowskiego rozpocząłem badania, korzystając z materjału I-ej kliniki oraz oddziału chirurgicznego szpitala św. Jakóba (za co na niniejszem miejscu składam serdeczne podziękowanie całemu zespołowi oddziału, zwłaszcza zaś pp. d-rom Siedleckiemu i Trzeciakowi). Technika badania była następująca: proszek uroselectanu w ilości 35 g *ex tempore* rozpuszczano w 100—120 cm³ wody destylowanej. Rozczyn dwukrotnie przesączano, następnie wyjaławiano w ciągu 20 minut. Według Edelmanna należy stosować przeciętnie 0,61 środka na kg wagi chorego. Tego stosunku mniej więcej trzymaliśmy się i w naszych przypadkach. Wyjałowiany rozczyn uroselectanu ogrzany do ciepłoty ciała wprowadzałem w ciągu 10—15 minut do żyły łokciowej. Niektórzy autorowie (Kielleutner) wlewali połowę rozczynu do żyły jednej ręki, drugą zaś do drugiej. My robiliśmy zastrzyk do jednej ręki. Następnie po 10—15 minutach dokonywaliśmy pierwszego zdjęcia, po 30 minutach — drugiego, po godzinie — trzeciego.

Te trzy zdjęcia w naszych przypadkach zupełnie wystarczały (w przypadkach upośledzonej zdolności czynnościowej nerek dobre urogramy, według autorów, dają późniejsze zdjęcia — po 2, 3, 4 i więcej godzinach). Roentgenografji dokonywałem używając przesłony Bucky-Pottera i dosyć miękkich promieni 50—52 kw. przy 60 MA. Czas ekspozycji 3—3,5 sekundy. Chorego układałem na plecy, i centrowałem po linji białej o parę cent. wyżej pępka, gdy chodziło o uwidocznienie samych nerek, i o parę cm niżej pępka, gdy chodziło więcej o dolne drogi moczowe. Kompresorów, jak to robili Ziegler i Köhler, nie używałem wcale. W przeddzień badania chory był na zupełnie lekkiej diecie, z wieczora otrzymywał lewatywę, którą powtarzano i zrana na godzinę przed zabiegiem. Bezpośrednio przed zastrzykiem chory całkowicie opróżniał pęcherz moczowy.

Na dobrym urogramie powinny być widoczne obie nerki, miedniczki, moczowody, pęcherz moczowy, kręgosłup od

---

[2]) W Polsce nad pyelognostem pracowali Schenker i Wachtel(7). Opierając się na swoich 3 przypadkach, twierdzą oni, że pyelognost jest preparatem nietrującym i nie przedstawia niebezpieczeństwa.

X—XI—XII kręgu piersiowego do kości ogonowej, ostatnie 2 żebra, wejście do miednicy małej. Po pierwszem zdjęciu prosimy chorego oddać nieco moczu, nie opróżniając jednak całkowicie pęcherza (P o l y g y a y radzi wykonywać zdjęcia przy pełnym pęcherzu).

Już po kilku minutach, podczas samego jeszcze wlewania, chorzy zaczynali skarżyć się na „uderzenie do głowy", lekkie zawroty, uczucie gorąca w głowie i w jamie brzusznej (w 2 przypadkach), na uczucie „pieczenia", palenia wzgl. bólu wzdłuż naczynia, do którego roztwór wlewano, na pewne wzmożenie pragnienia ,a w 2 przypadkach na lekkie parcie na mocz. Dolegliwości te trwały jednak krótko, nie dłużej 10—20—30 minut. Paru chorych z nadmiernie pobudliwym systemem nerwowym skarżyło się na uczucie zmęczenia w ciągu kilku godzin.

Na roentgenogramie nerki dawały cienie o kształcie owalnym z uwypukleniem nazewnątrz. Cień zupełnie jednostajny, słabnie stopniowo ku brzegowi zewnętrznemu. Sam brzeg cienia jest gładki, ostry. Od strony wewnętrznej widoczna jest miedniczka o mocnem natężeniu cienia, z kielichami głęboko w cień nerki sięgającemi. Dalszy ciąg miedniczki stanowi moczowód o słabszym cieniu o przebiegu wężykowatym; niekiedy cień moczowodu jest przerywany, co zależy od miejscowych spazmów wzgl. skurczów mięśniówki jego ścian. Na niektórych zdjęciach udaje się prześledzić cały bieg moczowodu aż do pęcherza moczowego, który jest widzialny na dnie miednicy małej w postaci dużego gęstego równomiernego cienia o ostrych brzegach.

Na udatnych roentgenogramach wyrazistość cienia jest zupełnie dostateczna do wyciągnięcia wniosków djagnostycznych, tem więcej cennych w porównaniu z pyelografją „od dołu", że widzimy tu i cienie nerek, czego pyelografja „od dołu" nie daje nam wcale. Porównujemy kształt i wielkość cienia nerek, miedniczek, moczowodów z obu stron, gęstość, równomierność cienia z obu stron i t. d. i na podstawie tego wnioskujemy o istnieniu lub braku zmian patologicznych w systemie moczowym. Jednostronny słabszy cień nerki, jak również niejednakowe wzgl. zupełne niewypełnienie miedniczki, świadczy o upośledzonej czynności. Brak cienia nerki może świadczyć o braku odpowiedniej nerki wzgl. o zaniku jej czynności wzgl. o schorzeniu przebiegającem ze zniszczeniem tkanki nerkowej (nowotwory etc). *Mutatis mutandis* to samo da się powiedzieć o miedniczkach i moczowodach.

Ogromną zaletą metody jest to, że do wykonania jej nie potrzebny jest udział urologa, że wykonanie jej jest możliwe i w tych przypadkach, w których wprowadzenie kontrastu „od dołu" z tych lub innych powodów jest niemożliwe lub niepożądane. Dla chorych zaś jest ona znacznie mniej przykra i męcząca. Przeciwwskazaniami do stosowania metody są, według autorów, ogólny wyniszczony stan chorego, niewydolność obu nerek, ostre ich zapalenie, mocznica, thyreotoksykoza, Basedowizm, nadwrażliwość względem jodu, i t. d. Względnemi zaś przeciwskazaniami są — gruźlica dróg moczowych, nowotwory ich, kamica nerkowa, wodonercze i t. d.

N a s z e p r z y p a d k i:

1. B. J., 34 lat. L. Ks. Wydz. 358/1930, przybył do kliniki ze skargami na bóle w jamie brzusznej, w prawej jej połowie. *St. praesens:* Budowy dobrej. Ciepłota normalna. Stwierdzono objawy nieżytu przewlekłego żołądka i skrytego zapalenia wyrostka robaczkowego. W moczu składników patologicznych brak. U r o g r a m: *obie nerki, miedniczki nerkowe, moczowody, pęcherz moczowy dały cienie ostre wyraźne. Przebieg moczowodu lewego lekko falisty.*

2. K. B., 24 lat. L. Ks. Wydz. 404/1930, przysłany z Oddziału szpitala św. Jakóba, skarży się na częste oddawanie moczu. Pod koniec moczenia odczuwa ból piekący; ostatnia porcja moczu z domieszką krwi. *St. Praesens:* Budowy prawidłowej. Ciepłota normalna. Waga 52,800. Okolica prawej nerki przy wstrząsaniu bolesna. Ciśnienie krwi 115/60 (Pachon). Mocz: w osadzie liczne krwinki niewyługowane, do 10 ciałek ropnych w polu widzenia. Rozpoznanie: *Tuberculosis renis dextri.* U r o g r a m: *nerka lewa posiada dobrą czynnościową sprawność, co uwidocznia się przez wypełnienie jej po 10, 30, 60 minutach tak nerki jak i miedniczek i moczowodów. Natomiast nerka prawa o konturach nierównych, zatartych, jest powiększona, cień jej jest znacznie słabszy.* Na podstawie badania wywnioskowaliśmy, że proces gnieździ się w prawej nerce. Chory na zabieg operacyjny nie zgodził się.

3. F. J., 38 lat. L. Ks. Wydz. 414/1930, przysłany z oddziału chirurgicznego. Skargi na bóle w prawej lędźwiowej okolicy. Podczas bólów wymiotował kilkakrotnie. Mocz oddaje bardzo często małemi porcjami z uczuciem bólu przed i po oddaniu. *Status praesens:* Budowy prawidłowej, ciepłota normalna. Waga 63,500. Okolica lędźwiowa prawa niezmiernie bolesna na ucisk, wstrząs i uderzenie. Mocz: w osadzie 5—6 krwinek niewyługowanych i 5—10 ciałek ropnych w każdem polu widzenia. Liczne kryształki szczawianu wapnia. Rozpoznanie: *Nephrolithiasis dextra.* Roentgenografja próbna wykazała cień kamyka na wysokości 4 kręgu lędźwiowego. U r o g r a m: *widoczne obie nerki. Moczowód prawy do połowy przebiegu od góry znacznie rozszerzony; poniżej rozszerzenia kontrast w moczowodzie mniej wyraźny.*

4. T. L., 32 lat. L. Ks. Wydz. 429/1930, przysłany z oddziału chirurgicznego z rozpoznaniem *Tuberculosis renis sinistri et cystitis bullosa chronica.* Skargi na częste oddawanie moczu i krwiomocz. *St. pr.:* Budowy dobrej. Ciepłota podgorączkowa. Waga 69,000. W płucach zmian specyficznych brak. Mocz mętny, zabarwiony na czerwony kolor. Białka 1‰. W osadzie całe pole widzenia usiane krwinkami niewyługowanemi. Pojedyńcze ciałka ropne, lub w niedużych skupieniach. Laseczników Kocha brak, natomiast wykryto dużo gronkowców. Posiew i zaszczepienie morskiej śwince dało wynik ujemny. Cystoskopja (na oddziele chirurgicznym szpitala): Pojemność pęcherza 250. Wprowadzenie cystoskopu trudne. Dolna część pęcherza w okolicy *trig. Lieutaudii* silnie nastrzyknięta, obrzęknięta w postaci pęcherzy *(cystitis bullosa),* łatwo krwawi, pokryta złogami włóknika. Ujście moczowodu lewego ziejące, w postaci krateru, czynne. Ujście moczowodu prawego elipsowate, z obwódką zapalną, nadto ściany boczne wykazują gruzełki wielkości ziarnka prosa o jasnożółtem zabarwieniu. Próba z indygokarminem: barwik z moczowodów nie wydziela się nawet po 30 minutach. U r o g r a m: *obie nerki są widoczne, funkcjonalnie sprawne.* Na podstawie tego badania daliśmy orzeczenie, że nerki najprawdopodobniej są zdrowe, że proces w pęcherzu jest miejscowy. Z orzeczeniem tem nie zgodzili się chirurdzy, twierdząc, że tu musi być gruźlica lewej nerki i zaproponowali choremu zabieg operacyjny. Nie mając większego doświadczenia w odczytywaniu urogramów, ustąpiliśmy chirurgom. Zabieg operacyjny dowiódł kompletnego braku zmian w lewej nerce. Proces w pęcherzu rzeczywiście okazał się miejscowy. Przypadek wielce pouczający.

5. K. F., 31 lat. L. Ks. Wydz. 430/1930. Skargi na dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego. *St. pr.:* Budowy prawidłowej. Ciepłota normalna. Waga 67,400. *Ren mobilis dexter.* Mocz norma. U r o g r a m: *lewa nerka ułożona wysoko, prawa zaś leży niżej, funkcjonalnie czynna. Moczowód prawy o przebiegu bardzo wężykowatym.*

6. B. A., 17 lat. L. Ks. Wydz. 426/1930, przybył do kliniki ze skargami na obecność guza w jamie brzusznej w okolicy pępka nieco wprawo od niego. *St. pr.:* Budowy prawidłowej. Ciepłota normalna. Waga 52,000. W jamie brzusznej na wysokości pępka na prawo od niego wyczuwa się guz wielkości małej dziecinnej pięści, ruchomy, elastyczny, niebolesny, gładki. Te własności guza, młody wiek chorego, ogólny dobry stan i wygląd chorego zmusiły nas do zaniechania myśli o nowotworze złośliwym, tem bardziej, że badanie roentgenologiczne jelit dało pod tym względem wynik ujemny. Kształt zaś i umiejscowienie guza, absolutna bezbolesność, znaczna przesuwalność, gładka powierzchnia jego z jednej strony, małe rozmiary z drugiej, zmusiły p. prof. Z. O r ł o w s k i e g o do powzięcia śmiałej myśli o istnieniu dodatkowej trzeciej szczątkowej nerki. Mocz: norma. Odczyn Weinberga ujemny. U r o g r a m: *nerka lewa dobrze widoczna, funkcjonalnie sprawna, moczowód o przebiegu prawidłowym, natomiast nerka prawa niewyraźna, leży nisko w okolicy pępka na wysokości 4-go kręgu lędźwiowego. Miedniczka nerkowa i przebieg moczowodu kształtu nieprawidłowego.* Badanie więc potwierdziło ,że rozpoznanie było prawidłowe, tylko że była to nie trzecia nerka, lecz poprostu prawa. Rzadki i ciekawy pod wieloma względami przypadek!

Ilość naszych przypadków jest zbyt mała, żeby można było występować z daleko idącemi wnioskami. W każdym jednak razie możemy powiedzieć, że w naszych przypadkach uroselektan okazał się środkiem dosyć niewinnym, że wprowadzenie jego do roentgenodjagnostyki, jako środka kontrastowego, stanowi duży postęp nauki. Nie będę mówił, że uroselektan całkowicie rozwiązał kwestję roentgenografji dróg moczowych drogą fizjologiczną („od góry"). Daleki jestem od tego: ilość problematów, kwestyj, powstałych z wprowadzeniem jego do roentgenodjagnostyki jest tak znaczna, że wymaga ona jeszcze pracy wielu autorów. Przyszłość pokaże, czy utrzyma się uroselektan, czy może podzieli on los pyelognostu, umbrenalu etc. ze względu na to, że będą wynalezione inne więcej niewinne środki lub inne więcej dogodne metody wprowadzenia kontrastu do ustroju. W każdym bądź razie, niespożytą zasługą L i c h t e n b e r g a i S w i c k a pozostanie nazawsze to, że stworzyli oni osobną gałąź roentgenodjagnostyki u r o g r a f j ę, obejmującą całość systemu dróg moczowych, niewyłączając i nerek i tem samem znacznie rozszerzyli horyzonty

roentgenodjagnostyki, czego dowodem mogą służyć, chociażby, nasze przypadki czwarty i szósty.

Na zakończenie niech mi wolno będzie złożyć najserdeczniejsze podziękowanie P. Prof. dr-wi Zenonowi Orłowskiemu za inicjatywę tej pracy, za cenne wskazówki i rady podczas jej wykonania.

Piśmiennictwo:

1) Według Grudzińskiego: Pol. przegl. Radjologiczny 1927, str. 51—53. — 2) Według Niemionow: Roentgenologja Wyd. II. 1926, str. 194. — 3) Według Ziegler i Köhler p. niżej. — 4) Volkmann: Deut. med. Wochenschrift 1924, str. 1413. — 5) Bergerhoff: Mediz. Klinik. 1930, str. 232. — 6) Jaschke: Mediz. Klinik. 1930, str. 606. — 7) Schenker i Wachtel: Pol. Gazeta Lekarska, 1930, str. 314. — 8) Hutter: Münch. med. Woch. 1930, str. 46. — 9) Ziegler und Köhler: Mediz. Klinik 1930, str. 10. — 10) Lichtenberg und Swick: Klin. Woch. 1929, str. 2089. — 11) Binz und Räth: Mediz. Mitteilungen Schering-Kahlbaum 1930, H. 2, str. 32. — 12) Drachter: Münch. med. Wochen. 1930, str. 451. — 13) Wüllenweber: Münch. med. Wochen. 1930, str. 701. — 14) Kielleutner: Münch. med. Woch. 1930, str. 276; Mediz. Klinik 1930, str. 529. — 15) Według Mediz. Mitteil. Schering-Kahlbaum 1930, H. 3, str. 84. — 16) Legnen: Ref. Warsz. Czasopismo Lek. 1930, str. 313. — 17) Swick: Klinische Wochenschrift 1929, str. 2087.

Dr. Benedykt DYLEWSKI, st. asyst. Kliniki. Wilno.

Wady mowy i głosu w wieku szkolnym.

Na tle danych, zebranych w poradni fono-logologicznej przy Klinice Uszno-Gardlanej U. S. B. i w oddziale chorób mowy i głosu Przychodni szkolnej szkół średnich i powszechnych w Wilnie, za okres czasu od 10 grudnia 1929 r. do 1 kwietnia 1930 roku.

Z Kliniki Oto-laryngologicznej U. S. B. w Wilnie.
Kierownik: Prof. J. Szmurło.

Nauka o wadach mowy i głosu, ta ważna gałąź wiedzy tak lekarskiej, jak i ogólnej na zachodzie zdobyła już sobie prawo obywatelstwa. W Wiedniu, Berlinie i Pradze istnieją już katedry chorób mowy i głosu, jak również i instytuty eksperymentalnej fonetyki. Literatura w tej dziedzinie jest bardzo bogata. Każde miasto uniwersyteckie ma kliniczne ambulatorja dla chorób mowy i głosu. Ze względu na wielkie szkody, jakie wyrządzają te wady, walka z niemi uznana tam została za akcję społeczną i prowadzona jest na szeroką skalę już od lat szkolnych. Wskutek tego cała ludność państwa w końcu zostaje skontrolowana co do wad mowy. W większych miastach Austrji i Niemiec dzieci wadliwie mówiące są grupowane w szkołach specjalnych, nie przerywając nauki, są leczone przez specjalnie wykształconych nauczycieli pod kontrolą lekarzy specjalistów. W mniejszych zaś miastach, nie posiadających dostatecznej liczby dzieci dla otwarcia szkoły specjalnej, są przy szkołach normalnych liczne przychodnie dla dzieci z wadami mowy i głosu.

W maju 1929 roku miałem możność uczestniczyć w Halle a. S. na wszechniemieckim zjeździe lekarzy i nauczycieli, trudniących się leczeniem wad mowy. Na tym zjeździe samych tylko nauczycieli było około 300. Leczenie wad mowy w szkołach ma też te zalety, że dzieci nie tracą czasu na chodzenie do przychodni i w ciągu całego roku w czasie normalnych lekcyj są leczone od wad mowy, które najczęściej powstają w wieku szkolnym i w tym też wieku najłatwiej dają się leczyć. Liczba dzieci z wadami mowy w tych krajach, pomimo systematycznego leczenia wynosi przeciętnie 2% wszystkich dzieci. Statystyka szkół wiedeńskich wykazuje 2,4%, w szkołach zaś berlińskich jest 2% dzieci, cierpiących na wady mowy. U nas w Polsce nauka o chorobach mowy i praktyczne jej zastosowanie znajduje się dopiero w początkowym okresie rozwoju. Z ogłoszonych statystyk w tej dziedzinie znana mi jest tylko praca Dra Dobrzańskiego, który badał stan uszu nosa i gardła u 150 dzieci, wadliwie mówiących. Wskutek małej znajomości ogółu, a nawet lekarzy z chorobami, ich leczeniem i higieną mowy i głosu, często leczeniem tych cierpień zajmują się ludzie niepowołani, bez specjalnego wykształcenia, którzy robią zawodową tajemnicę z najprostszych, potrzebnych dla wszystkich wskazówek co do unikania błędów mowy. Często ludzie nawet inteligentni nie wiedzą, że wady mowy i głosu mogą i powinny być leczone. Świadome pielęgnowanie i udoskonalenie swej mowy i głosu pozostawiono artystom, śpiewakom i pewnej części zawodowych mówców. Ogół zaś, a nawet ludzie, których codzienna praca wymaga stałego używania mowy i głosu, zaniedbują tego swego najgłówniejszego narzędzia pracy i nie odczuwają potrzeby jego pielęgnowania. Dlatego też u nas choroby mowy i głosu są bardzo rozpowszechnione. Do Poradni dla chorych z wadami mowy i głosu przy Klinice uszno-gardlanej Uniwersytetu Stefana Batorego, jak również i do oddziału chorób mowy i głosu Przychodni szkół średnich i powszechnych w Wilnie zgłosiło się w ciągu czterech miesięcy, poczynając od grudnia 1929 r. tysiąc sto (1.100) chorych z wadami mowy i głosu. W tej liczbie jest 1000 dzieci w wieku szkolnym, wybranych i skierowanych do leczenia z pośród 10.773 dzieci (5085 chłopców i 5688 dziewcząt). W dalszym ciągu niniejszej pracy będziemy mówili tylko o tych dzieciach, by odtworzyć obraz chorób mowy i głosu w szkołach m. Wilna. Widzimy więc, że u nas odsetek (9.2%) dzieci z wadami mowy jest pięciokrotnie wyższy, niż w krajach zachodnich. Następne fachowe badania wszystkich dzieci w szkołach niewątpliwie wykażą jeszcze większą liczbę dzieci wadliwie mówiących, gdyż nasza statystyka obejmuje tylko dzieci z rażącemi słuch wadami mowy, wybierane i kierowane do leczenia przez nauczycieli i lekarzy szkolnych nie specjalistów. Ta ogromna liczba chorych z wadami mowy i głosu przedstawia surowy materjał, nietknięty jeszcze ani przez lekarzy, ani przez pedagogów.

Ogólny podział wszystkich naszych chorych przedstawia się następująco:

		Chłopcy	Dziewczęta
Sigmatismus (szeplenienie)	46,7%	216	251
Rhotacismus	11,9%	51	68
Lambdacismus	9,2%	48	44
G + Kapacismus	0,6%	1	5
Bełkotanie ogólne (niestałe postacie)	2,0%	10	10
Rhinolalia	2,4%	11	13
Jąkanie	21,0%	162	48
Chrypka funkcjonalna	4,7%	19	28
Mutacja spóźniona	1,5%	9	6
	1000	527	473

Wśród chłopców stwierdziliśmy wady mowy w 10.36%, a wśród dziewcząt w 8,3%, co się zgadza ze statystykami w innych krajach, wskazującemi na większe rozpowszechnienie wad mowy u chłopców.

Przejdźmy teraz do rozpatrzenia każdej wady mowy i głosu oddzielnie.

Najbardziej rozpowszechnione jest *szeplenienie (sigmatismus).* W naszej statystyce dzielimy szeplenienie na kilka grup:

1) *Szeplenienie ogólne.* Do tej grupy należą chorzy, którzy opuszczali dźwięki: *s, z, c, cz, sz, dz,* lub wymawiali zamiast *sz* — *s*, zamiast *cz* — *c*, zamiast *rz*, *ż* — *z*. Do tej grupy zaliczaliśmy też nieliczne przypadki szeplenienia przyzębowego i *parasigmatismus*, t. zn. zastępowanie wyżej wskazanych dźwięków przez inne.

2) *Szeplenienie* międzyzębowe, przy którem chorzy podczas wymawiania dźwięków: *s, z, c, cz, sz, dz* wsadzają koniec języka między zęby, przez co te dźwięki brzmią miękko, niewyraźnie, podobnie do angielskiego „th".

3) *Szeplenienie boczne,* gdy wydychane podczas fonacji powietrze wychodzi z boku, w kończach ust, a nie w linji środkowej. Dźwięki te przy tym sposobie mówienia są podobne do *l*. O takich chorych mówią, że mają oni „kluski w ustach".

4) *Szeplenienie nosowe,* przy którem chorzy wypuszczają powietrze przez nos, wskutek czego powstaje czmychający dźwięk mało podobny do *s*. Taki przypadek stwierdziliśmy tylko u jednego chorego. W 21 przypadkach stwierdziliśmy niestałe formy szeplenienia, połączone często z innemi postaciami bełkotania, gdy chorzy nie zawsze, a tylko od czasu do czasu w szybkiej mowie lub przy nieuwadze źle wymawiali wyżej wskazane dźwięki.

Szeplenienie ogólne.

		Chłopcy	Dziewczęta
Wszystkiego chorych	215	102	113
Czysta forma szeplenienia ogólnego	159	77	82
Szeplenienie ogólne w kombinacji z innemi wadami mowy	52	25	27
a mianowicie			
Szepl. ogólne + *r* = *l* (t. zn., że chory wymawia zamiast *r* — *l*)	20	7	13
Szepl. ogólne + *l* = *o* (t. zn., że chory opuszcza dźwięk *l*)	16	8	8

		Chłopcy	Dziewczęta
Szepl. ogólne + *r* = *o*	9	6	3
„ „ + *r* = *o* i *l* = *o*	3	1	2
„ „ + *g* = *t*, *k* = *t*, *r* = *l*	2	2	—
„ „ + *r* = *j*, *l* = *j*	1	1	—
„ „ + mowa nosowa	1	—	1

Szeplenienie międzyzębowe.

		Chłopcy	Dziewczęta
Wszystkiego chorych	169	69	100
Czysta forma	118	43	75
Szeplenienie miedzyzębowe z innemi wadami mowy	48	25	23
a mianowicie			
Szepl. miedzyzębowe + *r* = *l*	14	10	4
„ „ + szeplenienie ogólne	11	5	6
„ „ + *r* = *o*	9	4	5
„ „ + *l* = *o*	6	4	2
„ „ + *r* = *o*, *l* = *o*	4	1	3
„ „ + *l* = *l*	2	1	1
„ „ + szeplenienie boczne	1	—	1
„ „ + mowa nosowa	1	—	1

Szeplenienie boczne.

		Chłopcy	Dziewczęta
Wszystkiego chorych	53	31	22
Czysta forma	30	17	13
Szeplenienie boczne z innemi wadami mowy	21	13	8
a mianowicie			
Szepl. boczne + *r* = *l*	9	5	4
„ „ + szeplenienie ogólne	4	2	2
„ „ + *l* = *o*	2	2	—
„ „ + *r* = *o*, *l* = *o*	2	2	—
„ „ + *l* międzyzębowe	2	2	—
„ „ + *r* języczkowe	1	—	1
„ „ + *k* = *t*	1	—	1

Widzimy, że szeplenienie, ta najbardziej rozpowszechniona wada mowy według naszych danych wyjątkowo u dziewcząt spotyka się nieco częściej niż u chłopców. Z ciekawszych przypadków szeplenienia przytoczymy jeden, ilustrujący dobitnie jak wielkie szkody mogą wyrządzić wady mowy i jak ważna i konieczna jest walka z temi cierpieniami. Do przychodni zgłosiła się matka z pięciorgiem dzieci (córki 17, 14, 7 i 6 lat i syn 5 lat) niewyraźnie mówiących. Wszystkie dzieci urodziły się normalnie. Chodzić zaczęły w 12 — 16 miesiącu życia. Początek mowy u wszystkich spóźniony (po 3-im roku życia). Inteligencja nie upośledzona. Dwoje najmłodszych dzieci mają szeplenienie międzyzębowe i ogólne bełkotanie, zamiast *g* mówią *k*, zamiast *b* mówią *p*. W niektórych słowach zupełnie opuszczają dźwięki *s*, *cz* i *sz*. Ziuta K. 7 lat. Mowa dość wyraźna. Zamiast *s*, *c*, *cz*, *sz*, *dz*, *rz* wymawia *j*, o ile po tych dźwiękach następuje samogłoska. Te same zaś dźwięki z następną spółgłoską wymawia dobrze.

Władysława K. 14 lat. Mowa bardzo niewyraźna z odcieniem nosowym. Z powodu swej wady mowy nie uczęszczała zupełnie do szkoły i nie umie ani czytać, ani pisać. Dzwięki *s*, *c*, *sz*, *dz* opuszcza, wymawiając odrazu następną zgłoskę, lub też zastępuje te dźwięki przez bliżej nieokreślony czmychający nosowy dźwięk. Niekiedy zamiast s wymawia jak i jej młodsza siostra *j*. Prócz tego zamiast *b* mówi *p*, zamiast *d* — *t* i zamiast *g* — *k*. Stanisława K. 17 lat. Mowa zamazana. Szeplenienie międzyzębowe. Zamiast *d* wymawia *t*. Dźwięk r brzmi podobnie do *l*. Matka tych chorych dotknięta również szeplenieniem międzyzębowem, ale w słabszym niż u dzieci stopniu. Wszystkie te chore już na drugiem posiedzeniu leczenia zaczęły prawidłowo wymawiać izolowane *s*. Ten przypadek potwierdza zdanie o zaraźliwości psychicznej wad mowy. Dzieci od matki przejęły i spotęgowały wadę.

Drugą liczną grupą wad mowy jest *Rhotacismus* — nieprawidłowe wymawianie dźwięku *r*. Trzeba zaznaczyć, że prawie wszystkie badane dzieci są to dzieci polskie. Dzieci żydowskich, u których ta wada często się spotyka było zaledwie 16 i z pośród nich *rhotacismus* stwierdziliśmy w 6 przypadkach.

Rhotacismus.

		Chłopcy	Dziewczęta
Wszystkiego chorych	119	50	69
r = *o* (opuszczające zupełnie dźwięk *r*)	41	20	21
r języczkowe (podniebienne)	40	12	28
r = *rl*	20	8	12
r = *d* (pararhotacismus)	1	1	—
Rhotacismus z innemi wadami mowy	16	9	7
a mianowicie			
Rhotacismus + szeplenienie ogólne	7	3	4
„ + szeplenienie boczne	1	1	—
„ + *l*, *d*, *t* — międzyzębowe	5	4	1
„ + *l* = *o*	3	1	2

Widzimy, że *rhotacismus* spotyka się u nas bardzo często, znacznie częściej niż w Austrji i Niemczech. Ciekawe jest, że z innych narodów słowiańskich ta wada mowy również jest rozpowszechniona u Rosjan, na co wskazuje statystyka Kwinta i Pajkina dzieci z wadami mowy w szkołach w Charkowie. Obok *r* języczkowego, podniebiennego, przy którym drży nie koniec języka, lecz języczek, spotykaliśmy również często zupełne nie wymawianie, opuszczanie dźwięku *r*. Często też *r* brzmiało podobnie do *rl*. Bardzo ciekawą, dotąd jeszcze nie opisywaną postać *rhotacismus* obserwowaliśmy u dziewczynki 14 lat, która prócz tego jąkała się. Podczas wymawiania *r* u tej chorej koniec języka wykonywał pojedyńczy, drgający ruch i to nie w płaszczyźnie pionowej, jak to ma miejsce w normie, lecz od linji środkowej poziomo w lewo do lewych dolnych zębów. Dźwięk *r* przytem brzmiał podobnie do *rl*. Przeciągłe *r* było niemożliwe. Drugi bardzo rzadki przypadek *Rhotacismus nasalis* spostrzegaliśmy u ucznia 11 lat, który wszystkie inne dźwięki mógł wymawiać dobrze, tylko zamiast *r* wydawał czmychający przez nos dźwięk, mający zabarwienie *r* języczkowego. Podczas wymawiania takiego *r* podstawa języka unosiła się do góry ku podniebieniu miękkiemu, a koniec języka cofał się, obniżając się jednocześnie na dno jamy ustnej.

Lambdacismus.

Nieprawidłowe wymawianie dźwięku *l* jest bardzo rozpowszechnioną u nas wadą mowy, szczególnie w województwach centralnych. W Wilnie stwierdziliśmy ją w 9,2% wszystkich dzieci z wadami mowy. Normalnie podczas wymawiania *l* usta są nieco otwarte, a koniec języka podnosi się do podniebienia twardego. Wydechane przytem powietrze wychodzi po obu stronach języka. Podczas zaś wadliwego, stwierdzanego przez nas wymawiania *l* język cofał się ku tyłowi, podstawa jego unosiła się ku górze. Wargi układają się przytem ryjkowato jak podczas wymawiania *u*. Wydechane powietrze wychodzi z ust rozprószone i dźwięki jak np. *la*, *lo* brzmią jak *ua*, *uo*.

Lambdacismus.

		Chłopcy	Dziewczęta
Wszystkiego chorych	92	48	44
Czysta forma	55	31	24
Lambdacismus z innemi wadami mowy	37	17	20
a mianowicie:			
Lambdacismus + *r* = *o*	14	7	7
„ + *r* = *l*	6	5	1
„ + *r* = *l*	5	3	2
„ + szeplenienie	12	2	10

Widzimy, że przeszło $^1/_3$ część chorych na *Lambdacismus* mają też i inne wady mowy, przeważnie *rhotacismus*. Dźwięki *r* i *l* są nieco pokrewne. W obu z nich koniec języka podnosi się ku górze, tylko że podczas wymawiania *l*, *l* wydechane powietrze wychodzi po obu stronach nieruchomego końca języka, tymczasem zaś przy *r* powietrze wychodzi z ust w linji środkowej, wprawiając koniec języka w drżenie. Niewątpliwie, że nieprawidłowe wymawianie jednego z tych dźwięków nie pozostaje bez wpływu i na drugi. Obecnie przeprowadzamy szczegółowe badania nad fizjologią i patologią u nas tych dźwięków, co będzie stanowiło temat jednej z następnych prac.

G + Kapacismus.

Nieprawidłowe wymawianie dźwięków *g* i *k* w sześciu przypadkach. W trzech przypadkach chorzy zupełnie opuszczali *g*, mówiąc odrazu następną samogłoskę. Dwóch innych zaś chorych zamiast *g* mówili *k*, a jeden zamiast *k* — *t*.

W 2,1% naszych chorych mieliśmy niestałe postacie bełkotania, kiedy chorzy tylko od czasu do czasu przy nieuwadze, lub szybkiej mowie nie wymawiali dobrze pewnych dźwięków.

Rhinolalalia.

		Chłopcy	Dziewczęta
Wszystkiego chorych	24	11	13
w tem:			
Rhinolalia aperta	21	9	12
Rhinolalia clausa	3	2	1
Czysta forma	15	7	8
Rhinolalia z innemi wadami mowy	9	4	5
a mianowicie:			
Rhinolalia + szeplenienie	3	3	—
„ + *l = o*	2	1	1
„ + ogólne bełkotanie	2	—	2
„ + rhotacismus	2	—	2

W pięciu przypadkach nosowanie otwarte było spowodowane zmianami anatomicznemi podniebienia. (2 przypadki rozszczepienia podniebienia twardego, 2 przypadki zbyt krótkiego podniebienia miękkiego i 1 przypadek podśluzowego rozszczepienia podniebienia twardego). U jednego chorego nosowanie otwarte, dość prędko wyleczone, było wywołane jednostronnem porażeniem podniebienia miękkiego po przebytej błonicy gardła. Reszta przypadków rhinolaliae były pochodzenia funkcjonalnego bez żadnych zmian anatomicznych. Rzadki przypadek podśluzowego rozszczepienia podniebienia twardego jest pouczający. Chora lat 18, zgłosiła się przed paru laty do specjalisty otolaryngologa z powodu mowy nosowej. Pomimo to, że chora miała wyraźne objawy nieprawidłowego rozwoju podniebienia i szczęki górnej (niesymetryczne opuszczenie lewego skrzydła nosowego, wcięcie na wardze górnej, nieprawidłowe ustawienie zębów poza tem wcięciem, rozdwojenie języczka, wyraźne zarysowanie się po przez śluzówkę podczas fonacji szczeliny kostnej w podniebieniu twardem), to jednakże lekarz, niesprawdziwszy nawet z jakim rodzajem (otwartem, czy zamkniętem) nosowaniem ma do czynienia, usunął chorej wyrośla adenoidalne i migdałki. W rok potem u chorej ścięto część muszel nosowych dolnych, a następnie, wobec nieustępującej wady mowy przypalono muszle kaustycznie. Mowa chorej po wszystkich tych zabiegach oczywiście stale się pogarszała, gdyż coraz więcej powietrza wychodziło podczas fonacji przez nos. Ten przypadek wskazuje jak niezbędna jest dla lekarzy znajomość chorób mowy i głosu. Przed każdą operacją w nosie gardle i krtani należy zawsze rozważyć jaki wpływ ten zabieg będzie miał na głos i mowę.

Jąkanie.

		Chłopcy	Dziewczęta
Wszystkiego chorych	210	162	48
Czysta forma jąkania	129	98	31
Jąkanie z innemi wadami mowy	81	64	17
a mianowicie:			
Jąkanie + szeplenienie	25	22	3
„ + rhotacismus	13	11	2
„ + rhotacismus + szeplenienie	9	5	4
„ + lambdacismus	13	9	4
„ + mowa nosowa	3	2	1
„ + chrypka funkcjonalna	3	2	1
„ + chrypka funkcjonalna, + szeplenienie	2	2	—
„ + chrypka funkcjonalna, + rhotacismus	2	1	1
„ + mutatio tarda	1	1	—

Jąkający się stanowią u nas 21% wszystkich chorych z wadami mowy i 2,1% wszystkich dzieci szkolnych. Mamy więc dwa razy więcej jąkałów, niż wykazują statystyki w Austrji i Niemczech. Faktyczna ilość jąkających się jest u nas niewątpliwie jeszcze większa, gdyż do naszych Przychodni przysyłano tylko dzieci z wyraźnem jąkaniem znacznego stopnia. Początkowe formy jąkania które trafiały do statystyk zagranicznych są u nas zanotowane zaledwie w kilku przypadkach i były wykryte one u dzieci, przysyłanych do Przychodni nie z powodu jąkania, ale jako cierpiące na inne wady mowy. Jąkanie w początkowych okresach wyraża się w tem, że dziecko, nie zwalniając tempa mowy od czasu do czasu powtarza poszczególne sylaby, co nie razi bardzo słuchu i może być łatwo przeoczone. Wśród jąkających się chłopcy stanowią przeważającą (³/₄) większość. Z punktu widzenia etjologji cierpienia jest ważne, że ¹/₃ część jąkających się cierpi jednocześnie i na inne wady mowy. W większości przypadków mieliśmy jąkanie II okresu z objawami klonicznemi i tonicznemi. W wielu przypadkach stwierdziliśmy bardzo ciężkie, zaniedbane przypadki ze współruchami i drgawkami w zakresie mięśni twarzy i kończyn. U pięciu chorych rozpoznano jąkanie, powstałe wskutek naśladownictwa, gdyż czas trwania cierpienia nie odpowiadał nasileniu objawów chorobowych (F r ö s c h e l s). W trzech z tych przypadków wywiad łatwo potwierdził słuszność rozpoznania. Choroby głosu były stwierdzone w 6,2% zarejestrowanych chorych dzieci.

Choroby głosu.

Przewlekła chrypka funkcjonalna.

		Chłopcy	Dziewczęta
Wszystkiego chorych	47	19	28
Czysta forma	19	6	13
Chrypka z innemi wadami mowy,	28	13	15
a mianowicie:			
Chrypka + szeplenienie	24	10	14
„ + *r = l*	3	2	1
„ + *r.* języczkowe	1	1	—

Opóźniona mutacja.

Wszystkiego chorych	14	8	6

Niewątpliwie te liczby są znacznie niższe od rzeczywistej ilości dzieci, cierpiących na wady głosu, a przedewszystkiem na przewlekłą chrypkę, która jest wśród dzieci nadzwyczaj rozpowszechniona. Badania fachowe wykazują ogromny odsetek dzieci zachrypniętych. Według N a d o l e c z n e g o ilość takich dzieci w szkołach wynosi 41,6%. Większość autorów (F l a t a u, G u t z m a n n, F r ö s c h e l s, N a d o l e c z n y i inni) przyczynę tego widzą w nieumiejętnem używaniu, nadużywaniu i niedostatecznem pielęgnowaniu głosu w wieku szkolnym, jak również i w częstych w tym wieku chorobach nosa, noso-gardła i gardła.

Przytoczę tutaj ciekawy przypadek chrypki funkcjonalnego pochodzenia:

Br. Z., uczenica, lat 17, od szeregu lat cierpi na stałą chrypkę. Od 3-ch lat chora stale się leczy u lekarzy specjalistów. Rozpoznawano u niej przewlekły nieżyt i nawet gruźlicę krtani. Zalecano dłuższe milczenie i stosowano najrozmaitsze leczenie miejscowe (inhalacje, przypalania, pędzlowania i t. d.), ale bez skutku. Stan obecny: budowa prawidłowa, odżywianie dobre. W płucach, sercu i narządach jamy brzusznej zmian chorobowych nie stwierdzono. W plwocinie prątków Kocha nie wykryto. Nos, gardło — bez zmian. W prawem uchu blizna błony bębenkowej z upośledzeniem słuchu po przebytem ropnem zapaleniu ucha środkowego. Krtań: obie prawdziwe struny głosowe zaróżowione, obrzmiałe i nie domykają się podczas fonacji zwykłym dla chorej głosem. Natomiast struny zupełnie się zbliżają przy wydawaniu dźwięków w tonie wysokim. Znaczne zgrubienie błony śluzowej na tylnej ścianie krtani. Głos ochrypły, czasami podczas mowy dochodzi do zupełnego bezgłosu. Bardziej szczegółowe badanie wykazało, że chora wysokie tony i w rejestrze głowowym może wymawiać i śpiewać czystym głosem. Jak się okazało chora nawet śpiewa z powodzeniem w chórze szkolnym i tylko się skarży na chrypkę przeważnie podczas mowy. Przeciętny ton mowy chorej jest *f — g*, zamiast *h — c*, jak by się należało dla soprana.

Wszystkie dźwięki chora zwykle wymawia w rejestrze piersiowym, przyczem dość często używa twardego sposobu fonacji (*coup de glotte*).

Rozpoznano fonastenję z wtórnemi już zmianami miejscowemi w krtani, powstałą wskutek nieprawidłowego używania głosu po okresie mutacji. Zalecane przez lekarzy milczenie znacznie pogorszyło stan mowy, gdyż chora, oszczędzając głos w obawie przed gruźlicą krtani zaczęła mówić tylko szeptem i w niewłaściwym rejestrze. Już, podczas pierwszych seansów leczenia fonologicznego chora mogła wymawiać pojedyńcze słowa głosem zupełnie czystym. Po kilkumiesięcznej kuracji chora przy uwadze mówiła dobrze i tylko od czasu do czasu przeważnie w mowie szybkiej wpada w swój dawny sposób mówienia. W krtani obrzmienie i zaczerwienienie strun głosowych i tylnej ściany ustąpiło. Ten przypadek, jak i inne, wyżej przytoczone, wymownie świadczy jak niezbędna jest dla lekarzy znajomość chorób mowy i głosu.

Powyższy podział chorych był robiony według jedynego, lub też dominującego, najbardziej szpecącego mowę cierpienia. Znaczna

zaś część chorych, jak widzieliśmy z tablic posiadała wielorakie, kombinowane wady mowy i głosu.

Jeżeli policzymy, w wielu przypadkach spotykaliśmy każdą z wad mowy oddzielnie to otrzymamy następujące dane:

	wszystkiego				czysta forma			mieszane formy		
			chł.	dzw.		chł.	dzw.		chł.	dzw.
Szeplenienie	520	(52%)	247	273	310	140	170	210	107	103
Rhotacismus	239	(23,9%)	121	118	103	42	61	136	79	57
Łambdacismus	150	(15%)	82	68	55	31	24	95	51	44
G — Kapacismus	6	(0,6%)	1	5	6	1	5	—	—	—
Rhinolalia	27	(2,7%)	12	15	18	4	14	9	8	1
Jąkanie	210	(21%)	162	48	129	98	31	81	64	17
Chrypka funkcj.	47	(4.7%)	19	28	23	9	14	24	10	14
Mutacja opóźn.	15	(1.5%)	9	6	15	9	6	—	—	—
	1235		663	572	680	344	336	555	319	236

Widzimy, że szeplenienie jest najczęstszą wadą mowy. Na drugiem miejscu stoi rhotacismus, jąkanie, lambdacismus i inne wady mowy i głosu. Czysta, pojedyńcza forma wad mowy spotykała się w 68% wszystkich chorych. W 32% zaś mieliśmy mnogie, kombinowane wady. Czyste postacie, pojedyńcze występują u chłopców i dziewcząt jednakowo często, kombinowane zaś formy przeważają u chłopców.

Na 320 przypadków kombinowanych, mieszanych wad mowy stwierdziliśmy:

Szeplenienie	w 63,75%
Rhotacismus	45,5%
Łambdacismus	29,69%
Rhinolalia	2,81%
Jąkanie	25,31%
Chrypka funkcjonalna	7,5%

Widzimy więc, że najczęściej w kombinowanych, mieszanych formach spotyka się szeplenienie, rhotacismus i łambdacismus. Te ostatnie dwa cierpienia występują częściej razem, niż pojedyńczo. Wśród jąkających się 1/3 część chorych cierpi jednocześnie i na inne wady mowy.

Szczegółowy wywiad osobisty i rodzinny i badanie inteligencji zarejestrowanych przez nas dzieci z wadami mowy były przeprowadzane bez rodziców, wprost ze szkoły i obecnie stopniowo dalej się przeprowadza. Wobec tego tylko w następnych doniesieniach będziemy mogli podać na podstawie naszej statystyki dane o wpływie na powstawanie i przebieg wad mowy i głosu różnych czynników, jak to: dziedziczności, przebytych chorób, nieprawidłowych porodów, ogólnego niedorozwoju, tak fizycznego jak i psychicznego, spóźnionego rozwoju mowy i t. d.

Z powodu tego, że Przychodnie dla chorych z wadami mowy i głosu istnieją w Wilnie zaledwie od grudnia 1929 roku, dokładne dane o wynikach leczenia również tylko później mogą być podane. Trzeba zaznaczyć, że już w ciągu tych kilku miesięcy została wyleczona znaczna część lżejszych form wad mowy jak n. p. szeplenienia, ogólnego bełkotania, łambdacismus i t. d.

Streszczając dane niniejszej pracy, stwierdzamy co następuje:

1. *Niefachowo nawet przeprowadzany wybór dzieci z wadami mowy przez rodziców, nauczycieli i lekarzy szkolnych nie-specjalistów ujawnił 9,2% wszystkich dzieci, cierpiących na wady mowy i głosu. Te liczby są pięciokrotnie wyższe od liczby dzieci z wadami mowy w Austrji i Niemczech, gdzie się przeprowadza planowe leczenie takich chorych.*

2. *Wśród chłopców wady mowy stwierdzono w 10,36%, a wśród dziewcząt w 8,3%.*

3. *Najczęstszą wadą mowy jest szeplenienie, która występowała w 52% wszystkich chorych dzieci, czyli w 5,2% wszystkich dzieci w szkołach, dalej w porządku zstępującym idą: rhotacismus, lambdacismus, jąkanie, rhinolalia i G + Kapacismus. Szczególnie często w porównaniu do statystyk w Austrji i Niemczech zdarza się u nas rhotacismus. Jąkanie mieliśmy w 2,1% wszystkich dzieci w szkołach, czyli dwa razy więcej niż w krajach zachodnich.*

4. *W 68% wady mowy są w czystej, pojedyńczej postaci, a w 32% mieszane. w połączeniu z innemi wadami mowy.*

5. *W mieszanych formach najczęściej się spotyka szeplenienie, rhotacismus i lambdacismus. Te dwie ostatnie wady występują przeważnie razem w formie mieszanej.*

6. *O chorobach głosu, które wśród dzieci są nadzwyczaj rozpowszechnione, z niniejszej statystyki nie możemy wyciągać dokładnych wniosków, bo do tego potrzeba fachowego badania wszystkich dzieci ze specjalnem uwzględnieniem stopnia czystości i normalności głosu.*

7. *W całym szeregu przypadków stwierdziliśmy powstawanie nowych i pogorszenie istniejących wad mowy i głosu u dzieci wskutek naśladownictwa kolegów, rodziców a nawet nauczycieli.*

Wszystkie powyższe cyfry i zestawienia wymownie świadczą o tem, jak rozpowszechnione są u nas choroby mowy i głosu i jak konieczne jest podjęcie natychmiastowej walki z niemi. Główną przyczyną tak dużej liczby chorych jest nieuświadomienie ogółu, nauczycielstwa, a nawet wielu lekarzy o chorobach mowy i głosu. Każdy lekarz powinien posiadać chociażby minimum wiadomości z zakresu chorób mowy i głosu, by móc w każdym odpowiednim przypadku zwracać uwagę chorego na możliwość i konieczność leczenia tych cierpień. Lekarze zaś specjaliści: otolaryngolodzy, psychjatrzy, neurolodzy, pedjatrzy powinni bardziej szczegółowo zapoznać się z tą dziedziną, gdyż bardzo często będą się spotykali z temi chorobami. Szczególnie otolaryngolog, który stale ma doczynienia z narządami mowy i głosu, nie może być na wysokości swego zadania bez dostatecznej wiedzy z zakresu fizjologji i patologji tych narządów. Zmiany anatomiczne nosa, gardła i krtani, na które głównie zwraca uwagę otolaryngolog nie mogą być należycie ocenione o ile się nie zważy, w jakim stopniu do wytworzenia tych zmian przyczyniła się pierwotnie, lub wtórnie, nieprawidłowa funkcja tych narządów. Żadna operacja w nosie, gardle i krtani nie powinna być robiona bez uprzedniego, dokładnego rozważania, jaki wpływ ten zabieg może mieć na głos i mowę chorego. Powinniśmy dążyć do rozwoju tak ważnej gałęzi nauki, jaką jest fono-logologja i fonetyka doświadczalna, by i w tej dziedzinie nauka polska zajęła należne jej miejsce.

Dr. H. NEWLIŃSKA, asyst. kliniki. Lwów.

Białkomocz u noworodków.

Z kliniki położniczo-ginekologicznej U. J. K. we Lwowie.
Dyrektor: Prof. K. Bocheński.

Zmiany, jakie zachodzą w organizmie dziecka z chwilą przyjścia na świat, dotyczą ustroju całego. Nowe warunki bytu, nowe wpływy zewnętrzne wymagają od poszczególnych narządów innych czynności więcej skomplikowanych, z któremi organizm noworodka, niezupełnie jeszcze ukształtowany, nie odrazu może sobie poradzić. Do takich narządów, które wyraźnie oddziaływują na zmianę warunków i stopniowo przystosowują się do nich, należą przedewszystkiem nerki, a wyrazem ich niedomogi czynnościowej będzie obecność białka w moczu. Jest to jedna z teorji, tłumacząca fizjologiczny białkomocz u noworodków. Prócz niedomogi czynnościowej nerek, Virchow, Martin i Ruge uważali za przyczynę białkomoczu wzmożoną przemianę materji, która występuje u noworodka, powodując zastój w systemie uropoetycznym i następowe wydzielanie się białka. Faye odnosił białkomocz do zmian w przepuszczalności naczyń nerkowych na tle niedorozwoju nerek. Ribbert początkowo sądził, że w nerkach płodów odbywa się stałe przechodzenie białka z powodu niezupełnego ukształtowania się kłębuszków. Teorja ta mogłaby tłumaczyć obecność białka w pierwszej porcji moczu po porodzie, ale nie zwiększanie się ilości białka w pierwszych dniach życia. Toteż przyczynę tego ostatniego widzi on, podobnie jak Virchow, we wzmożonej przemianie materji. Mensi przyłącza się do zdania Ribberta, zaznacza przytem, że ściany naczyń u noworodków są cienkie i łatwo przepuszczają surowicę, do czego mogą się również przyczynić zaburzenia w krążeniu.

Do drugiej grupy przyczyn, mogących rzekomo wywołać białkomocz, należą sprawy toksyczne, które powstają w organizmie płodu w schorzeniach nerek matki, w zatruciach ciążowych, rzucawce porodowej i t. p. Przedstawicielami tej teorji byli przedewszystkiem Arnosan, Audebert, Gundobin. W pierwszych czterech dniach po porodzie uwalniają się w ustroju dziecka substancje toksyczne i, drażniąc nerki, wywołują białkomocz. Badanie Hellera i Flensburga nie potwierdziły tego. Heller w każdym moczu noworodka mógł wykazać białko, pomimo, że dzieci te pochodziły od matek zupełnie zdrowych, które nie miały nawet śladu białkomoczu. Frensburg, a następnie Ewald przeprowadzali badania na dzieciach chorych matek i zdrowych jednak nie zauważyli różnicy w obu grupach.

Niektórzy autorowie starali się uzależnić białkomocz od czasu trwania porodu, od ilości przebytych ciąż, od wagi i rozwoju dziecka i t. p. W sprawach tych, podobnie jak we wszystkich innych, są zdania podzielone. Martin, Ruge, a potem Hofmeier, spostrzegali częściej białkomocz po porodach krótkotrwałych. Pomimo to Hofmeier twierdzi, że czas trwania porodu

niema żadnego znaczenia w etjologji białkomoczu, gdyż sam poród jest aktem zbyt krótkim, aby mógł mieć wpływ na proces, który trwa potem przez szereg dni. Przeciwnego zdania był Franz i von Reusz: uważali oni, że nawet najlżejszy poród pozostawia na pewien czas przekrwienie w narządach wewnętrznych, co odpowiadałoby właśnie kilkudniowemu wydzielaniu się białka. Podług Ewalda, czas trwania porodu niewpływa na białkomocz, natomiast istnieje różnica w nasileniu wydzielania się i czasie znikania białka na korzyść dzieci, które krócej się rodziły. Zaznacza on nawet, że u dzieci, które przeszły bardzo ciężki uraz porodowy, po kilku tygodniach, a czasem nawet po miesiącach można wykazać jeszcze ślady białka.

Badania, przeprowadzone w naszej klinice, a polegające na wykazaniu, jaki wpływ mają porody operacyjne i przedłużające się na zachowanie się białka w moczu, wykonywaliśmy w sposób następujący. W obserwacji mieliśmy 30 noworodków zupełnie zdrowych, których matki (prócz 1 eklamptyczki) nie miały nawet śladu białkomoczu. 15 noworodków urodziło się siłami natury, przyczem okres od pęknięcia pęcherza do końca porodu trwał najdłużej do 5 godzin. Druga grupa dotyczyła dzieci urodzonych za pomocą jakiegokolwiek zabiegu, lub w przypadkach, w których od odejścia wód płodowych upłynęło dużo czasu (w jednym przypadku 70 godzin).

Badania moczu wykonywaliśmy codziennie przez szereg dni, dopóki można było stwierdzić białko. Obecność białka wykazywaliśmy za pomocą kwasu sulfosalicylowego, ilość — metodą Robert-Stolnikowa z kwasem azotowym.

Wyniki były nastepujące: [1]).

W moczu noworodków, które szybko się rodziły, ilość białka wynosiła 0,06‰, na trzeci dzień spadała do 0,04‰, a szóstego dnia już w żadnym moczu nie można było stwierdzić białka.

W drugiej grupie ilość białka wynosiła przeciętnie 0,23‰. Jeżeli weźmiemy pod uwagę zabiegi, które były wykonane wkrótce, lub natychmiast po pęknięciu pęcherza, sprawa przedstawi się następująco: ilość białka przy przedwczesnem odejściu wód wynosiła 0,28‰, przy zabiegu wykonanym natychmiast po pęknięciu pęcherza (obrót przy położeniu poprzecznem, kleszcze z powodu wypadnięcia pepowiny i t. p.) — 0,13‰. Co się tyczy czasu trwania białkomoczu, to stwierdzić mogliśmy pewną różnicę na niekorzyść dzieci ciężko się rodzących. W trzecim dniu ilość białka utrzymywała się jeszcze do 0,21‰, a ósmego dnia można było wykazać jeszcze nieznaczne ślady.

Aby wytłumaczyć obecność większej ilości białka w moczu noworodków po ciężkich porodach, w porównaniu z noworodkiem po porodach samoistnych, musimy uwzględnić doświadczenia Schreibera, które polegały na tem, że po długotrwałym ucisku na klatkę piersiową wywoływał on białkomocz u ludzi zupełnie zdrowych. W myśl tego, kanał rodny mógłby odgrywać taką samą rolę w stosunku do płodu: siła tłocząca mięśni i wydalająca uciska płód, ugniata go w kierunku najmniejszego oporu, aby, uformowawszy zeń walec, wydalić go. Okolica nerek jest specjalnie narażona na uraz — od strony grzbietu ucisk od ścian kanału rodnego, od przodu — przykurczone nóżki, ugniatające brzuszek. Nic więc dziwnego, że uraz będzie tem większy, im większy opór będzie stawiał kanał rodny. Pęknięcie pęcherza płodowego przedstawia moment sprzyjający temu — wody płodowe przestają ochraniać płód, przez co ucisk nań jest większy i trwa czas dłuższy. Droga rodna jest znacznie cięższa do przebycia dla płodów dużych i u pierwiastek. To też poród w tych warunkach musi się odbić na ogólnym stanie dziecka, a więc także na białkomoczu. Z badań naszych wynika, że w moczu dzieci pierwiastek było 0,4‰ białka, u dzieci wieloródek zaś tylko 0,1‰. Pod tym względem wyniki nasze zgadzają się z wynikami Ewalda, który znajdował znaczne ilości białka w moczu dzieci pierwiastek, nieznaczne zaś ślady białka u dzieci wieloródek.

Pozostaje jeszcze do rozstrzygnięcia druga sprawa, a mianowicie pytanie, czem wytłumaczyć większą ilość białka po porodach operacyjnych, wykonanych wkrótce po rozpoczęciu się czynności porodowej. Wiemy, że uszkodzenia lub operacje, wykonane na czaszce mogą wywołać przejściową albuminurję (Higgin, Ogden). Trzeba więc przyjąć, że kleszcze lub pociąganie płodu za tułów przy położeniach pośladkowych i poprzecznych mogą być większym urazem dla nieskonfigurowanej główki, niż powolne przechodzenie tejże przez kanał rodny.

Uwzględniwszy wszystkie powyżej przytoczone okoliczności, możemy na podstawie naszych doświadczeń wypowiedzieć się o omawianej sprawie w sposób następujący: W etjologji białkomoczu u noworodków odgrywa wybitną rolę, prócz niedomogi czynnościowej nerek, sam poród, czas jego trwania, jakość wykonanego zabiegu operacyjnego i wielkość płodu. Wielkie, dobrze rozwinięte dzieci, wykazują większą ilość białka, jednak silny ich organizm prędzej dochodzi do równowagi i białko to prędzej znika, niż u dzieci słabych i źle rozwiniętych.

[1]) Dla oszczędzenia miejsca nie podajemy szczegółowo wyników wszystkich badań, lecz tylko przeciętnie.

Z HISTORJI NAUKI POLSKIEJ.

Dr. A. KRASUSKI. Warszawa.

Jan Jonston.

Przyczynek do historji medycyny polskiej.

Odczyt wygłoszony w Warszawskiem T-wie Lekarskiem w dniu 13 maja 1930 r.

Wiek XVI przynosi dokładne poznanie prac Galena i Hipokratesa. Wybitnym faktem o doniosłem znaczeniu dla dalszego rozwoju medycyny w tym wieku było wystąpienie na widownię Paracelsa. „Reformator z Einsiedeln — mówi Haeser, (str. 79, T. II) — niby istne dziecię swego wieku przedstawia w nauce swej walkę najróżnorodniejszych żywiołów i sił na podobieństwo tego jak one ścierały się wówczas na polu walki religijnej i politycznej".

Stworzona przez Boga przyroda nosi w każdym swym tworze „ogień niebieski". W tem pojęciu Paracels jest wyrazicielem ducha czasu.

Wprowadzając do medycyny pojęcia chemji, a właściwie alchemji, występuje on jako reformator, starający się objaśnić *obscurissima functio* organizmu za pomocą chemji. Paląc dzieła starożytnych lekarzy zwraca on uwagę w stronę bezpośredniej obserwacji. „Lesen hat kein Arzt nie gemacht". „Die Augen die in der Erfahrenheit ihre Lust haben dieselbigen seint deine Professores". Czytanie nie stwarza lekarza. Oczy, które zasmakowały w postrzeganiu, niech będą twym jedynym przewodnikiem (pg Haesera pg. 82).

Drugi doniosły fakt, to stworzenie anatomji przez Vesaliusa. Vesalius tworzy anatomję na podstawie własnych obserwacyj czynionych podczas sekcji oraz w dziele *Humani Corporis fabrica* daje doskonałe ilustracje stosunków anatomicznych. Autor ten wykazuje liczne błędy Galena i zapoczątkowuje nową erę anatomji i medycyny wogóle.

Zwrócenie uwagi na bezpośrednią obserwację, zachwianie niewolniczego trzymania się poglądów głoszonych przez starożytnych oraz rozwój anatomji oto są fakty, które nadają zabarwienie myśli lekarskiej XVII w.

Lekarze XVII wieku dzielą się na trzy obozy: zwolenników nowego kierunku, zwolenników dawnej szkoły oraz tych, którzy zajmowali stanowisko pojednawcze, chcących połączyć tradycję z nowemi prądami. Do tych ostatnich należał i nasz Jonston. Nowatorzy dzielą się na dwa obozy Jatrochemików i Jatrofizyków. Jatrochemicy upatrują przyczynę zjawisk życiowych w przemianach, podlegających prawom chemji. Jatrofizycy uważają, że kluczem do zrozumienia zjawisk i przejawów życiowych jest fizyka. Wiek XVII, to wiek gorączkowej pracy umysłowej, wiek odkryć, których ilość jest tak wielka, że może z nią zaledwie współzawodniczyć wiek XIX.

Kepler, Boyle, Huygens, Newton — oto pracownicy naukowi XVII wieku.

Na polu anatomji pracują Sylvius, Willis, Malpighi, Ruysch, Wharton, Steno, Aselli i wielu innych. W 1628 roku Harvey pisze swe słynne *Exercitatio de motu cordis*.

Wiek XVII — to wiek gromadzenia faktów. Najnowsze odkrycia wywarły niewielki wpływ na medycynę praktyczną. Większość lekarzy praktyków — to klinicyści zwolennicy notowania faktów, obserwowania chorych bez wdawania się w teorję notowanych zjawisk. Oni notują objawy, opisują choroby, obserwują. Oto jeszcze klinicysta początków XIX wieku Corvisart mówi: „Lekarz powinien się wystrzegać manji objaśniania wszystkiego. Powinien on wiedzieć, że natura ukryta w licznych swych przejawach, jest szczególnie skrytą w chorobach. Rola lekarza — to rola obserwatora, a nie powiernika natury" [1]).

Medycyna dawna — zaznacza Charcot — polegała wyłącznie na studjowaniu objawów i dopiero kolejno po tym okresie stawała się anatomiczną, potem fizjologiczną i stopniowo nabierała cech naukowych (p. VII Introduction). Studjowane objawy są

[1]) Aphorismes XXIX p. 23. Masson 1929.

pojmowane jako coś zupełnie niezależnego od życia całego organizmu, podobnie jak sama choroba, która jest niejako pasorzytem, procesem zupełnie odrębnego charakteru niż życie normalne — *res praeter - naturalis.*

Współczesna anatomja i fizjologja idą swoją drogą, a medycyna praktyczna swoją drogą.

Dopiero wiek XIX, przez doskonalsze przestudjowanie procesów chorobowych, dzięki dokładnemu poznaniu anatomji patologicznej, tworzy ścisłe połączenie kliniki ze studjami teoretycznemi. „Rozwój stopniowy anatomji patologicznej rzucił tyle światła na pojęcie choroby, że sprzyjał on w znacznej mierze podniesieniu medycyny do rzędu nauki“ [2]).

Wiek XVI i XVII nie posiadał anatomji patologicznej, posiadał on obserwacje z dziedziny chorób, robione na zwłokach przy licznych studjach anatomji normalnej. Wyszły wprawdzie zbiorowe dzieła omawiające odchylenia od normy w budowie ciała w czasie chorób, ale obserwacje w tych dziełach nie są ujęte w żaden system.

W tym stanie rozwoju nauk przyrodniczych i medycyny prauje Jan Jonston, jeden z najbardziej płodnych i poczytnych autorów XVII wieku. Jonston urodził się 3-go września 1603 r. w Szamotułach małem miasteczku województwa Poznańskiego. Pochodził on ze znanej szkockiej rodziny osiadłej w Polsce. Najpierw uczęszcza do szkół w Bayten, a potem przenosi się do gimnazjum Toruńskiego, po ukończeniu którego udaje się przez Gdańsk do Szkocji. W Szkocji Jonston studjuje zwyczajem wieku teologję, filozofję scholastyczną i język hebrajski. Owocem studjów teologicznych są rozprawy: *„De philosophia cum theologia consensu“, „de passione Dei“, „De communione veteris Ecclesiae“.* Po ukończonych studjach, jako wybitny hebraista i teolog marzy on o otrzymaniu katedry języka hebrajskiego, to znów o słodyczy życia ascetycznego, któremu pragnie się poświęcić. Sprawy domowe wzywają Jonstona w tym czasie do Polski. Po powrocie do kraju, jak zaznacza jego biograf Arnold, „oyczyznę zastał w okropnym stanie z przyczyny panującego wówczas powietrza“. Jonston, zmuszony błąkać się po lasach, patrzy na nędzę i spustoszenie, jakie sieje zaraza i postanawia zostać lekarzem. Studja lekarskie Jonstonowi zapewne były nieobce, ponieważ, jak to wykazał E. Loth, w gimnazjum toruńskiem, uczono wtedy medycyny i „pozostawało im nabycie wiadomości praktycznych u boku wybitnych lekarzy, by móc zajmować się praktyką [3])“. Rozumiejąc znaczenie nauk przyrodniczych dla lekarza, Jonston zabiera się do studjów nad historją naturalną, których wynikiem jest 4-tomowe dzieło historji naturalnej, nie oryginalne, ale bardzo dobrze ułożone, jak świadczy o tem zdanie współczesnych. W 1628 roku Jonston udaje się na dalsze studja lekarskie zagranicę, studjuje we Frankfurcie, Wittenbergu, Lipsku, Franecker, wreszcie udaje się do Leydy. Z Holandji na dalsze studja udaje się do Anglji.

W Anglji, jak zaznacza Arnold, Jonston między innemi styka się ze słynnym podówczas Flud a Fluctibus. Flud a Fluctibus, lekarz londyński współczesnik Bakona i Harvey'a, był mistykiem. W powstawaniu chorób według niego największą rolę odgrywa ciepło i chłód. Choroby dzieli on na nocne i dzienne. W *Synthagma medicinae practicae* Jonston uwzględnia naukę Fluda i wspomina o jego podziale chorób. Flud a Fluctibus wprowadził do mierzenia ciepłoty termometr.

Za granicą zapowiada się świetna karjera Jonstonowi. W owym czasie proponują mu katedrę filozofji w Dewenter i w tymże czasie Leszczyński, wojewoda Bełzki, obiera go za nauczyciela i wychowawcę swego syna.

Jonston wybiera ostatnią propozycję i z flotą admirała Hamiltona przyjeżdża do Danji, skąd lądem, przez Stetin i Wolgost, przedostaje się do Polski. W okresie tym pisze „Szlachetny i prawowierny przewodnik młodzieży“. Widzimy więc jak Jonston poważnie potraktował swą misję i ile włożył gruntownych studjów, które posłużyły jako materjał do napisania podręcznika cieszącego się u współczesnych wielkiem powodzeniem.

W 1632 roku z wychowankami swemi Bogusławem Leszczyńskim i Władysławem Dorohostajskim udaje się on w podróż zagraniczną. W okresie tym pisze on podręcznik historji powszechnej dla szkół w Lesznie. W 1634 roku po napisaniu rozprawy *de Theriaca* — O Drjakwi otrzymuje tytuł doktora medycyny w Leydzie. Już rozprawa doktorska znamionuje zainteresowanie kwestjami lecznictwa i zapowiada przyszłego lekarza praktyka. Drjakiew jak niesie podanie była lekarstwem przeciw wszelkim zatruciom przygotowanem [4]) dla Mitrydata. Galen uważa ją za bardzo pewny lek i jest zdania, że stałe jej używanie chroni od wszelkiego zatrucia. Andromachus, lekarz Nerona, do 54 części składowych tego leku dodaje 25. Criton, lekarz Trajana, tak spreparowany lek nazywa *Theriaca.* W skład tego leku wchodziły: żmija, castoreum i opium między innemi. Lek ten stopniowo obcinany na przestrzeni czasów dotrwał w Farmakopei francuskiej do 1908 r., gdzie już tylko składał się z miodu, wina i opjum; od 1908 r. drjakiew przeszła do historji.

Za granicą Jonston pozostaje do 1636 r. W roku tym wraca on na stałe do Polski i osiada w Lesznie, jako nadworny lekarz Leszczyńskich. Dla tej ostatniej posady odrzucił on proponowane mu objęcie katedr medycyny we Frankfurcie, Leydzie i Heidelbergu.

Jonston, jako lekarz, u pacjentów, jak o tem wspomina Arnold, cieszył się dużem wzięciem. Zmarł 8 czerwca 1675 r. mając lat 72.

Z licznych pism jego będę mówił tu o *Synthagma medicinae practicae* (1648), dziele drukowanem w Amsterdamie, Wenecji, Jenie i Frankfurcie. W tłumaczeniu angielskiem ukazały się 3 wydania tego dzieła.

Przeżycia Jonstona podczas moru sprawiają, iż poświęca się on zawodowi lekarskiemu. Czułe serce Jonstona wyćwiczone w rozmyślaniach ascetycznych zapałało gorącą miłością ku cierpiącej ludzkości. „Medycyna zrodziła się z niedoli — mówi Biegański — a rodzicami jej chrzestnymi były miłosierdzie i współczucie....“ [5]).

Wiek XVII — to wiek rozwoju żywego chrześcijańskiego miłosierdzia pojmowanego nowocześnie.

Podkreślam tu tem silniej tę uczuciowo moralną stronę w życiu Jonstona, gdyż jest ona miarą wartości moralnej tego wielkiego męża. Kiedy patrzymy z odległości czasu na to co nam pozostawił w obfitej spuściźnie literackiej, podziwiamy jego umysł, jego subtelny styl, jego często trzeźwy sąd o rzeczach, ale pośród tych skarbów najbardziej blasku do dziś zachował skarb jego siły moralnej.

„Wartość lekarzy mierzymy zwykle zasługami dla nauki“. „O uczonych lekarzach rozpisujemy się obszernie, milczymy zaś uparcie o cichych i zasłużonych pracownikach społecznych“ (Biegański).

Jonston — to człowiek czynu. Zajmowanie się teologją nie stworzyło zeń zimnego erudyty, klasyfikatora, analityka uczuć, ale rozpaliło w jego sercu żywy ogień szlachetnych uczuć i porywów.

Często pytałem lekarzy — mówi Rist [6]) — o powód, który skłonił ich do wyboru zawodu lekarskiego i rzadko kiedy spotykałem takich, których odpowiedź wypadłaby zadawalająco.

Widzimy więc, że Jonston był jednym z tych nielicznych lekarzy, który mógłby dać odpowiedź zadawalającą, konkretną odpowiedź wysoce szlachetną. Na drogę medycyny sprowadziła Jonstona chęć kojenia bólu, „który jest wielkim mistrzem ludzkości w twardej szkole życia, a dwoje jego dzieci współczucie i miłosierdzie więcej światu przyniosło pożytku i osuszyło łez, aniżeli najwspanialsze dzieła genjuszów. W cierpieniu srebrzy się włos, ale i bieleje dusza“. (Wasserung).

Jeżeli przejdziemy do innej dziedziny uczuciowej — miłości ojczyzny, to widzimy, że i ta cnota była bardzo rozwinięta u Jonstona. Za granicą miał on dużo szczęścia. Dzieła jego budziły zachwyt, oceniano wszędzie jego zdolności naukowe i przymioty duszy i stąd liczne propozycje objęcia katedr w słynnych podówczas wszechnicach.

Lecz Jonston wolał skromne stanowisko lekarza w ówczesnej Polsce trapionej niepokojami. Pisał i pracował dla Polski czego dowodem choćby podręczniki dla szkół w Lesznie i przewodnik w wychowaniu młodzieży. W przedmowie do *Synthagma medicinae practicae* mówi, że dzieło to *reducem patria Polonia* — przywiózł do Polski ojczystej.

Jonston naukowe dzieła swe, pomimo że uważał się za Polaka, pisał po łacinie zgodnie ze zwyczajem ducha czasów.

Muszę zaznaczyć, że znał on dobrze język polski, o czem świadczą jego cztery listy makaroniczne ogłoszone w archiwum historji i filozofji medycyny [7]), (B. Namysłowski, T. VIII, z. II, str. 250).

[2]) James Mackenzie: L'Avenir de Médecine, str. 2.
[3]) E. Loth: Arch. Hist. i fil. medycyny. Tom VI, z. II, r. 1927.

[4]) H. Leclerc: en marge du codex. Masson 1924, str. 5.
[5]) Myśli i aforyzmy o Etyce Lekarskiej. W. Biegański.
[6]) Rist: Quesceque la médecine 1929 r.
[7]) B. Namysłowski: Arch. Hist. i Fil. medycyny, str. 250, T VIII, zeszyt II.

Jonston jako wykształcony historyk i teolog poświęca się medycynie przerzuca się on od nauk już bardzo znacznie w XVII wieku rozwiniętych do medycyny, nauki o nieskrystalizowanych podówczas pojęciach. Gdzie idzie o stronę praktyczną Jonston, jak to zobaczymy później, jest dzielnym lekarzem, w wywodach jednakże jest w naszem dzisiejszem pojęciu mało ścisły, myśli on więcej jako filozof, niż jako lekarz. W pismach jego zauważamy dużo symbolistyki, przenośni form literackich właściwych tamtym dziedzinom studjów.

Jonstona jako doskonałego nauczyciela i wychowawcę obdarzonego dużym talentem pedagogicznym, jako lekarza zapewne pociągała myśl napisania podręcznika medycyny. Jako autor podręcznika jest on może mało oryginalny jako myśliciel, ale zrozumiałem jest, że oryginalność poglądu łatwiej może być zaznaczona w innego rodzaju dziele niż w podręczniku. W *Synthagma medicinae practicae* na pierwszym planie jest cel pedagogiczny. Wrodzone pojęcie obowiązku, chęć służenia ojczyźnie zapewne podyktowały mu myśl napisania właśnie dzieła pedagogicznego. Być może, że zawdzięczając swą sławę u współczesnych działalności pedagogicznej, a nie odkryciom, dla nas pozostał zapomnianym.

U współczesnych musiał cieszyć się wielkiem wzięciem i autorytetem. Oto przypadkowo znalazłem w *Institutiones Medicinae legalis Kannegisseri* z 1768 r. na stronie 100 tego dzieła w § CCLXXXVI wzmiankę powołującą się na jego autorytet i zdanie. Autor ten powołuje się na str. 466 Tammatographii Jana Jonstona.

Widzimy więc, że jeszcze w sto lat po śmierci dzieła Jonstona były pilnie czytane, a autor ich uchodził za powagę.

Synthagma medicinae practicae — to jak każdy z naszych podręczników, daje pojęcie o tym stanie wiedzy lekarskiej, w jakim ona znajdowała się w czasach Jonstona. Zna on dokładnie współczesną literaturę, którą umiał dokładnie zebrać i krytycznie rozpatrzeć. Hołdując zasadzie Horacego *„Quidquid praecipies esto brevius"* — Czego się uczysz, niech będzie krótkie — autor wiele spraw omawia treściwie, wskazując źródła, obszerniej w tej materji traktujące.

Jonston uważa medycynę praktyczną za sztukę traktującą o tem, jak zachować zdrowie i jak zdrowie utracone przywracać. Medycyna praktyczna i teoretyczna powinny stanowić harmonijną całość. Medycyna teoretyczna ma pomagać medycynie praktycznej w zrozumieniu obserwowanych faktów. Oto są poglądy całkiem nowoczesne. James Mackenzie, wielki klinicysta doby ostatniej porusza sprawę stosunku nauk teoretycznych do praktycznych zagadnień lekarskich i naprzykład o fizjologji mówi co następuje: „Są dwa kierunki fizjologji, kierunek akademicki i kierunek praktyczny, badanie praw, które rządzą faktami obserwowanemi u chorych ma wartość naukową. Jeżeli fizjolog uczy czynności narządów, to czemu niema on wykładać o czynnościach, z jakiemi styka się lekarz praktyk[8]).

Przedmiotem medycyny praktycznej jest żywe ciało ludzkie, które powinno być poznawane jako przedmiot leczenia. Widzimy więc, że Jonston stawia medycynie zadanie praktyczne, jako nauce stosowanej. Wedle niego lekarz praktyk ma na celu nie wykrywanie jakichś ogólnych praw, lecz skuteczną i celową, opartą na obserwacji pomoc choremu.

Ideałem lekarza w pojęciu Jonstona jest lekarz wszechstronny, lekarz opierający się zarówno na naukowem wyrobieniu, jak również ceniący doświadczenie, a nie stronnik starych, czy nowych poglądów, ale człowiek łączący doświadczenie z wiedzą dawnych autorów, uświęconą powagą wieków „ *qui rationem cum experienta jungit*".

Praktyczne ujęcie medycyny u Jonstona odpowiada określeniu medycyny Biegańskiego, który pod nazwą medycyny rozumie „zbiór kilkunastu odrębnych nauk, które pośrednio lub bezpośrednio mają na celu pomaganie chorym"[9]). Biernacki[10]) mówiąc o medycynie zaznacza, że wyrazem tym oznaczają „zawód praktyczny, mający na celu leczenie ludzi chorych, a także ochranianie od chorób ludzi zdrowych".

Jeśli porównamy definicję medycyny u Jonstona, Biernackiego i Biegańskiego, to pomimo przestrzeni czasu, zasobu środków rozpoznawczych i leczniczych jakiemi rozporządzali, w samem określeniu nie widzimy różnicy.

[8]) L'Avenire de médecine (H. Françon'a), str. 26, autor Mackenzie.

[9]) Biegański: Logika medycyny.

[10]) Biernacki: Teorja poznania lekarskiego, 1901.

Poza leczeniem Jonston stawia sobie za zadanie ochronę zdrowia ludzi zdrowych, wchodzi więc w całkiem nowoczesną dziedzinę zapobiegawczą. „Celem ostatecznym medycyny — mówi współczesny klinicysta Williams — nie jest uzdrawianie, ale zapobieganie[11]). Zestawienie to wykazuje nam trafny sąd Jonstona i w tej dziedzinie.

W djagnozie za nić przewodnią Jonston obiera badanie wydzielin i wydalin. Bada on mocz, kał, plwocinę. Z czynności organizmu badano podówczas bardzo starannie tętno — *diagnosis et prognosis de morbis et morborum eventu sumitur ex urina, fecibus, sputo, sudoribus et pulsu.*

W badaniu moczu Jonston uwzględnia głównie własności fizykalne. Zwraca uwagę na barwę moczu, na zapach, przezroczystość. Wie, że barwa moczu zmienia się w zależności od obfitości wypitych płynów. Wie, że senes, rabarbar i szafran barwią go na kolor ciemny. Nadmienia, że intensywne ciemne zabarwienie moczu mamy w razie zatkania przewodów żółciowych — *obstructionem folliculi fellis.* Co do zapachu, to zaznacza on, że piżmo i koper dają zapach przyjemny, natomiast czosnek, nadgniły ser daje zapach nieprzyjemny. Jeżeli w moczu jest osad, autor radzi zobaczyć, czy osad ten rozpuszcza się pod działaniem ciepła. Chemicznych prób Jonston nie wykonywa żadnych.

Autor podaje szczegółowy kwestjonarjusz, w którym uwzględnia się wszystkie kwestje anamnestyczne i fakty, na które winien zwrócić uwagę przy badaniu lekarz. A więc sen czy jest dobry, czy chory śpi w dzień, czy w nocy, czy po śnie chory jest wypoczęty i t. d. Czy chory dobrze widzi, słyszy, czy ma dobrze zachowane czucie. Czy dobrze się porusza, jak leży w łóżku, czy z trudem, czy lekko się podnosi, czy czynności kończyn są zachowane, czy oddaje dobrze mocz, czy oddaje go dobrowolnie, czy niema przeszkód w oddawaniu moczu. W ten sposób Jonston omawia w swym kwestjonarjuszu czynności wszystkich narządów. Oglądanie chorego jest dokładne, ogląda się język, skórę, dotykiem stwierdza się stan ciepłoty ciała, patrzy się, czy nogi nie są zimne, zwraca się uwagę na zabarwienie powłok skórnych. Autor zaleca obmacywanie podżebrzy celem stwierdzenia, czy wątroba i śledziona nie są powiększone. Autor zaznacza, że przyszłość ludzi, którym śledziona puchnie (*intumescit*) przedstawia się smutno.

Omówię tu, jak Johnston traktuje choroby serca i płuc, a to dlatego, że mam wrażenie, że ciekawem będzie szczególnie zaznajomienie się z postępowaniem lekarzy XV wieku w tych chorobach. *O quantum difficile est curare morbos pulmonum! O quanto difficilius eosdem cognoscere et de iis certum dare praesagium!* O jak trudno jest leczyć choroby płuc! O ile trudniej ustalać w nich rozpoznanie i rokowanie — mówi Baglivi lekarz drugiej połowy XVII wieku. Podziwiajmy dawnych mistrzów w ich walce z piętrzącemi się przed nimi trudnościami, które nie wstrzymywały ich w niesieniu pomocy chorym.

Choroby płuc Jonston dzieli na *intemperies, peripneumonia, angustia pulmonum* i *phtisis seu ulcus pulmonum.*

Mianem *intemperies* autor obejmuje wszystkie lżejsze, szybciej przemijające choroby płuc. *Peripneumonia est pulmonis a sanguine in substantiam eius effusio cum pectoris angustia spirandi difficultatae et febre acuta et tussi inflammatio. Peripneumonia* jest to przekrwienie zapalne płuca, któremu towarzyszy utrudnione oddychanie, gorączka i kaszel. Różni się ono od zapalenia opłucnej bólem bardziej silnym. Chory odczuwa przy tem cierpieniu duszność, oddech jego jest powierzchowny. Gorączka jest wyższa niż w zapaleniu opłucnej. Z kaszlem chory odpluwa plwocinę krwawą, czasem zwykłą, czasem pienistą.

Pulmonis augustia est vasorum eius propter obstructionem compressionem vel exsicationem interceptio tussim opressionem et respirandi difficultatem. Pulmonis angustia jest to zamknięcie naczyń płuca wskutek zatkania, ucisku, wyschnięcia; cierpieniu temu towarzyszy utrudnione oddychanie i kaszel.

Pleuritis est pleurae et adjacentium musculorum, ab influxu humoris fervida exorta, cum dolore lateris punctorio, tussi respiratione difficili, febri continua acuta, pulsu duro inaequali et frequenti inflammatio. Zapalenie opłucnej jest to zapalenie samej opłucnej i mięśni do niej przylegających, spowodowane napływem gorących soków organizmu, z bólem kłującym w boku, kaszlem, utrudnionem oddychaniem, gorączką, z towarzyszeniem twardego i nierównomiernego tętna. Objawami patognomicznemi są kłujący ból, tętno twarde nierównomierne, oddech mały i częsty. *Tussis initio sicca in progressu cruento et purulento conjugitur.*

[11]) Williams: p. VI, Petites Maladies.

Kaszel na razie suchy w dalszym przebiegu staje się kaszlem z plwociną krwawą i ropną.

Phtisis est pulmonum a materia acri erodente, cum febre lenta, tussi sputoque cruento et purulento, exulceratio. Suchoty to owrzodzenie płuc, spowodowane przez istotę ostrą, żrącą, z gorączką przewlekłą, kaszlem z plwociną krwawą i ropną. Cierpienie to trawi całe ciało i powoduje wychudzenie. Autor ma na myśli usposobienie konstytucjonalne, kiedy mówi, że u gruźlików od urodzenia *tenera, mollis ac corruptioni parata pulmonum* — płuca delikatne i podatne do zachorowania. Pochodzący z rodziny suchotniczej chorzy niejako wskutek prawa dziedziczności zapadają na to cierpienie — *tabida stirpe nati quasi hereditario jure tandem omnes necessario tube merecescunt.* Autor zaznacza, że gruźlicy wyróżniają się wąską i spłaszczoną klatką piersiową, wąską szyją, ciałem wychudłem, odstającemi na podobiznę skrzydeł łopatkami — *quibus naturalis est pectoris angustia et depressio, collum angustum, corpus macilentium, prominentes a tergo in more alarum scoptulae,* — oto nasz dzisiejszy *habitus asthenicus.* Dla cierpienia tego charakterystyczna jest ciągła utrzymująca się długo gorączka — *febris lenta.* Kaszel jest częsty z plwociną krwawą i ropną. Gorączka niema określonego typu i przyjmuje różne typy. Ciało ulega w ciągu cierpienia wychudzeniu. Co do leczenia, to nie należy tracić nadziei, choć jest ono trudne. Autor wspomina, że G a l e n u tych chorych stosował leczenie klimatyczne i podawanie mleka. Leczenie jest beznadziejne, jeżeli przyłączają się biegunki, co świadczy o uszkodzeniu wszystkich narządów. Za źle rokujące objawy autor poczytuje, jeżeli plwocina jest cuchnąca, co świadczy o znacznem zniszczeniu płuc. Autor stosuje próbę z zachowaniem się plwociny w wodzie, tonięcie plwociny jest to zły objaw prognostyczny. Zwraca uwagę, że odpluwanie plwociny jest pożądane. Stosuje on *cremor hordei cum mello rosato,* jęczmień palony z miodem różanym, z roślin *Veronica, Scabiosa, Lobelia,* w postaci wyciągów, *syr. Altheae, flos sulphuris in ovo sarbili* — kwiat siarczany w jajku świeżem rozmieszany, *Symphytum,* wywar z kory Chinowej, konserwy różane, drzewo gwajakowe. Autor jest zwolennikiem stosowania kadzideł, które przenikając z oddechem do płuc mają zapobiegać postępowaniu procesu chorobowego i działać nań. Zaleca wzmożone odżywianie, ryż z jajami i masłem. Co do mleka, to w pierwszym rzędzie zaleca on mleko kozie, dalej ośle, wreszcie mleko kobiece.

Autor uskarża się, że młodzież, która szczególnie często zapada na suchoty, lekceważy sobie wskazania lekarzy.

Suchoty, według J o n s t o n a, są zaraźliwe i szczególnie zaraźliwym jest oddech tych chorych. Autor dzieli suchoty na początkowe — *incipiens et recens* i na rozwinięte — *confirmata et inveterata.* Autor podkreśla, że tętno nie ma cech charakterystycznych i wskazuje na obfite poty w tem cierpieniu.

Hydrops thoracis est eiusdem in cavitate ab aqua et serosi humoris copia cum dolore gravante et difficili respiratione constipatio. Zebranie się płynu w jamie klatki piersiowej spowodowane jest nadmiarem wilgotności soków organizmu, towarzyszy mu ból i trudność w oddychaniu. Leczenie polega na stosowaniu środków moczopędnych i przeczyszczających. Jeżeli choremu zagraża uduszenie, płyn należy wypuścić przez nacięcie. Autor zaznacza, że płyn może się ponownie zebrać.

Choroby serca J o n s t o n dzieli na schorzenia osierdzia, na schorzenia serca, którym towarzyszy wzmożona działalność tegoż, i na stany zapaści.

Choroba osierdzia — *Pericarditis* — jest to nagromadzenie się płynu w worku osierdziowym. To nagromadzenie płynu może powodować wzmożoną czynność serca, prowadzić do stanów zapaści, wreszcie śmierci. Autor wspomina o schorzeniach serca, prowadzących do stałej zapaści. Również jest tu wzmianka o zranieniach serca, które, jak podał cytowany przez J o n s t o n a C a r d a n u s, zaleczyło się, ale chory kaszlał, narzekał na duszność i żył niedługo. Zaznacza, że w chorobach gorączkowych mamy również schorzenie serca. Znany jest przerost serca — *carnosa excrescentia in dextro vel sinistro ventriculo,* która jest powodem bólów w okolicy serca, zapaści i zmian w tętnie. Znajdywane na stole sekcyjnym skrzepy w sercu autor przyjmuje za polipy serca. Autor uważa skrzepy za polipy zgodnie z K i r s t e n e m i B a r t o l i n e m i powołuje się na ich publikacje.

Kołatanie serca — *palpitatio cordis* — jest to niemiarowy jego ruch, spowodowany rozszerzeniem. J o n s t o n zaznacza, że objawy tego bicia serca są uchwytne dla obserwacji okiem, dotykiem i słuchem — *manifesta visui tactui et auditui.* Przyspieszenie czynności serca, jest to podrażnienie jego czynności ruchowej — *res facultatem motricem irritans.*

Leczenie jest trudne a cierpienie niebezpieczne i często prowadzi do śmierci — *curatio est difficilis. Est enim morbus periculosus, peracusus.* W okresie napadu autor zaleca napar *ex melissa et borraginea* oraz wodę z serc zwierzęcych — *Aqua ex cordibus animalium.* Poza napadem zaleca się podawanie płynu sercowego — *liquor cardiacus.* Sala z wodą otrzymaną z destylacji krwi jelenia.

Animi deliquium est praeceps subitusque virium omnium vitalium comprimis lapsus cum pulsu imminuto fereque abolito et sudore frigido.

Animi deliquium jest to zupełny upadek sił z tętnem prawie że zniesionem oraz z wystąpieniem zimnego potu.

Powodem jego bardzo znaczne osłabienie serca i brak sił życiowych. Objawami tegoż jest przerażenie — *anxietas,* zawrót — *vertigo.* Chorzy widzą różne kolory przed oczyma, tętno ulega zmianie, staje się bardzo słabe. Autor zaznacza, że stan ten różni się od udaru mózgowego, gdzie tętno ulega małej zmianie. W udarze mózgowym zmianie ulega bardziej oddech niż tętno. Przy *animi deliquium* kończyny stają się chłodne. Zimny pot występuje głównie na szyi w okolicy skroniowej oraz na skórze klatki piersiowej, co obok zniesienia pulsu dla tego stanu jest patognomoniczne. Co do leczenia to ma ono pewne szanse powodzenia, jeżeli powodem jest *simplex cordis intemperies.* Leczenie jest beznadziejne, jeżeli stan ten powtarza się często bez żadnego wyraźnego powodu, jeżeli chory jest osłabiony. Za dobry środek leczniczy uważa J o n s t o n stare wino. Jeżeli chory po rozcieraniu twarzy wodą różaną i podaniu wina nie poprawia się, jest to zły znak prognostyczny. W razie widocznej pełnokrwistości zaleca J o n s t o n upust krwi — *Tum plethorae signa adsunt venae basilicae sectio juvat.*

Co do upustu krwi to J o n s t o n jest jego zwolennikiem. Upust krwi wykonywa się lancetem lub flebotomem. Zaleca szczególnie upust krwi z żył rąk lub nóg. Autor powiada, że są zastępujące upust krwi leczenia jak przeczyszczenie i t. d., ale J o n s t o n woli upust krwi, gdyż nad tym zabiegiem lekarz więcej panuje, i może zatamować upływ krwi kiedy chce. Upust krwi można stosować nawet i u dzieci po 7 latach, jeżeli są one dobrze zbudowane. Przy upustach krwi jest dobry znak jeżeli krew płynie dobrym strumieniem. Mówiąc o przeciwnikach upustu krwi wspomina H e l m o n t a. Przeciwników upustu krwi nazywa — *experientia prudentiores* — niedoświadczonemi.

Mówiąc o badaniu tętna J o n s t o n zaleca lekarzowi badać je po pewnym czasie, gdyż wzruszenie chorego może mieć wpływ na charakter tętna. Podkreśla on, że liczni lekarze rozróżniają trzy rodzaje tętna: szybkie — wolne *volux* — *tardus,* słabe — mocne — *validus* — *debilis,* miarowe i niemiarowe — *aequalis* — *inaequalis.* J o n s t o n uważa, że te trzy rodzaje tętna są wystarczające. Autor robi uwagę że często ci, którzy mają tętno słabe, dłużej żyją, niż ci, którzy mają tętno mocne — *saepe illos qui pulsum habent debilem diutius vivere quam qui validos.*

Z tego, co tu streszczając naukę J o n s t o n a o chorobach płuc i serca powiedziałem, widzimy, że zbiera on skrzętnie literaturę współczesną mu, notuje, obserwuje. Obserwacje jego są często trafne. Objaśnienia J o n s t o n a nie zawsze są wystarczające, wiele objawów pozostaje nieobjaśnionych.

Ramy chorób są zbyt obszernie zakreślone, jak naprzykład gruźlica, *palpitatio cordis animi deliquium* — przecież tam nie może być mowy o jakiemś ścisłem rozgraniczeniu w naszem pojęciu. Do suchot J o n s t o n a wchodzi nasza dzisiejsza gruźlica, zgorzel płuc, kiła, grzybice i t. d. Ale nie zapominajmy, że dzielą nas 3 wieki pracy pokoleń lekarskich! J o n s t o n ma zdrowe pojęcia lekarskie, jego klasyfikacja tętna znamionuje realnego lekarza obserwatora, kiedy zaleca swą prostą i na dziś nawet trafną klasyfikację tętna.

Jako terapeuta był on również trafnym obserwatorem kiedy powiada — *praestat corpus moderate quotidie exercere ne superfluitatem colligantur quam de purgationibus vel aliis medicamentis uti* — należy ćwiczyć codziennie ciało, co lepiej oczyści je z części zbędnych niż stosowanie środków przeczyszczających lub inne lekarstwa. Oto nowoczesna myśl, stawiająca ćwiczenie fizyczne ponad wszelkie środki.

Ciekawem jest, że J o n s t o n nigdzie w swem dziele nie wspomina o wiekopomnem odkryciu H a r v e y'a. Dowodziło to jeszcze raz tego, co powiedziałem na wstępie, że medycyna kliniczna szła swą niezależną drogą, nie zwracając uwagi na postęp wiedzy teoretycznej.

Jeszcze omówię tu fakt, już zaznaczony wyżej, że J o n s t o n mówiąc o biciu serca, zaznacza, że objawy jego dostępne są dla oka, dotyku i słuchu. Nie ma tu mowy o jakimś systemie osłucho-

wym, Jonston konstatuje tylko fakt i nie wdaje się nigdzie w roztrząsanie tego zagadnienia. — Że praca serca wydaje pewien dźwięk, wspomina o tem Harvey, mówi Morgagni, a podobno w 1783 r. John Hunter po osłuchaniu serca chorego stwierdził u niego wadę serca jak podaje Krajewski[12]).

Jednakże autorowie nie stworzyli żadnej metody auskultacyjnej, każdy ją stosował po swojemu i po swojemu tłumaczył słyszane dźwięki.

Lekarze siedemnastego wieku byli szanowani, a stosunek pacjenta do lekarza był mniej więcej taki sam jak i dzisiaj.

Sądząc z wierszy Kochanowskiego, odnoszących się do lekarzy, widzimy, że wiek XVI miał dla nich dużo szacunku. Wiek XVII ośmiesza medycynę przez usta Moliera, ale honorarja lekarskie były bardzo wysokie, ludzie chętnie szukali pomocy u wyśmianej medycyny i lekarzy.

Jednakże nie wszyscy tak myśleli o medycynie jak Molier, bo oto w Polsce w czasie Jonstona pisze Łochowski Stanisław w 1647 r. rozprawę *„Questio quid inter Militem, Jurisconsultum et Medicum sit regno et Rei Publicae utilissimus“* autor jej nie lekarz wyraża się o lekarzach bardzo pochlebnie, jako o tych, co koją cierpienia, powracają siły, ratują od śmierci.

Uwzględniając wymagania publiczności mówi prof. Trzebiński — rosnące odpowiednio do powiększania się sprawności sztuki lekarskiej, nieustosunkowanie między tem, czego jedna strona oczekuje, a tem co druga dać może, w zasadzie 250 lat temu było mniejwięcej takie jak dzisiaj[13]).

„Kiedy rozpatrujemy medycynę w świetle historji, wiadomości nasze tracą sztywny chłód, jaki nadaje jej nauczanie dogmatyczne, widzimy w nauce naszej oznaki rozwoju i życia“ — tak określa znaczenie studjów historyczno-lekarskich Rist.

Jeżeli spojrzymy na medycynę dawną okresu do Laenneca — to wydaje się ona bardzo skromną i mało naukową. Ale czy my sami jesteśmy doskonali, czy wyczerpaliśmy wszystkie zagadnienia?

„W medycynie rzeczy najprostsze są najmniej zrozumiane“ — mówi Mackenzie.

Zobaczmy jak oceniał tę medycynę Laënnec, najbliższy z naukowo myślących, wsparty o nowoczesne metody perkusji i auskultacji jej następca. Oto w przedmowie do *Traité de l'auscultation mediate*, 2° wyd. tom. I p. VII—VIII — mówi on między innemi *occidit Boerhavianum sidus, apparuerunt denuo antiquae noctis phantasmata* — zaszła gwiazda Boerhavego i ukazały się znów dawne ułudy nocy....

Oto mężowie wielcy rozświetlali noc naszej nauki, nauka lekarska jaśniała ich blaskiem.

O ile dzisiaj medycyna jest dostępna dla każdego, o tyle w medycynie dawnej rozumieli i operować nią umieli ludzie talentu.

Dzisiaj medycyna poszła inną drogą. Jaśnieje ona jako słońce, w którego blasku pracują współcześni pracownicy naukowi jego promieniami oświetlani. Schodzą oni ze świata, ale blask nauki zapala na ich miejsce coraz nowe światła i trwa wiecznie.

„Rozum — powiada Graves[14]) — rozszerzył swe panowanie od starego do nowego kontynentu, od Europy do antypodów; świat cały — to jego państwo: słońce nie zachodzi w jego królestwie. Poszczególne osobniki wypoczywają, ale inteligencja zbiorowa rodzaju ludzkiego nie zasypia nigdy“.

OCENY I SPRAWOZDANIA.

Dr. Marja Grzegorzewska: *Psychologja niewidomych*. Tom I. Nakładem Nauk. Tow. Pedagog. Warszawa—Lwów, str. 348. 1930. Skład główny w księgarni S. A. Książnica-Atlas.

Autorka wbrew utartemu zwyczajowi przyjmuje termin „niewidomy“ zamiast „ociemniały“, nadając pierwszemu z nich szersze znaczenie. Ociemniałym jest osobnik, który wzrok utracił, oćiemniał, niewidomym zaś jest zarówno ten, który wzrok utracił jak i ten, który nigdy nie widział. Książka przeto omawia stan psychiczny niewidomego, czyli osobnika, dotkniętego ślepotą wrodzoną lub nabytą, obejmując w I-ym tomie materjał zebrany i do druku oddany jeszcze w r. 1926.

Po obszerniejszym wstępie historycznym poddaje Grzegorzewska w 2-ch pierwszych rozdziałach dyskusji: wszelkie narządy zmysłowe niewidomego, z przewagą zmysłu skórnego i jego odmian (dotyk, ucisk, ciepło, zimno, lokalizacja), próg przestrzenny i uciskowy i wpływ nań ćwiczenia, fizjologiczne i psychiczne warunki progu oraz charakter postaciowy tegoż, ruchowe rozróżnianie barw zapomocą dotyku, strukturę psychiczną zmysłu mięśniowego, zmysłu statycznego czyli położenia, i zmysłu odległości czyli omijania przeszkód niewidomych.

Działy poświęcone zostały psychologji niewidomych od urodzenia i przez całe życie, jak tych, co przewidzieli po operacji, oraz psychologji wikarjatu, czyli teorji zastępstwa zmysłów u niewidomych.

W przedostatnim, praktycznie najbardziej ciekawym dziale, podlega omówieniu: percepcja dotykowa z teorjami Hellera i Steinberga, postaciowe ujmowanie form przestrzennych zapomocą dotyku narządami ruchowemi kończyn, warg i języka, czytanie metodą Braille'a, illuzje dotykowo-mięśniowe u niewidomych. — Ostatni wreszcie rozdział traktuje wyłącznie sprawę psychologiczną wyobrażeń: wyobrażenia i asocjację na tle psychologji postaci, wyobrażenia optyczne i akustyczne oraz ich surogaty, wywoływanie wyobraźni u ociemniałych, znaczenie wrażeń słuchowych dla wyobrażenia przestrzeni, orjentacja niewidomych, wyobrażenia przestrzeni i czasu. — Ciekawa ta praca nie nadaje się do szczegółowego referatu w tem miejscu.

Może się nadarzy sposobność po ukończeniu jej, a zasługuje na to monografja, na większą miarę zakrojona, bardzo, choćby dzięki licznym oryginalnym myślom i interpretacjom, oraz dzięki opanowaniu przez autorkę całego odnośnego piśmiennictwa lekarskiego i psychologicznego, oraz dzięki jasności wykładu mimo ogarnięcia całości zagadnienia nie tylko ze stanowiska psychologa i pedagoga. Jasna rzecz, że kwestje, jak zapowiada Grzegorzewska dla II-go tomu (sprawa wyobraźni, pamięci, inteligencji, kojarzeń, myślenia, pojęć, uczuć, woli, charakteru, osobowości, zachowania się niewidomych i ociemniałych w życiu), są nie mniej zasadniczego znaczenia dla całokształtu życia psychicznego od tych, jakie porusza w tym tomie (czucie, postrzeżenie i wyobrażenia), który się już ukazał na półkach księgarskich z wielką korzyścią nie tylko dla nauczycieli-wychowawców Instytutu Pedagogiki Specjalnej, lecz i dla każdego myślącego lekarza i psychologa, interesującego się tem, od setek lat zagadkowem pograniczem.

Higier (Warszawa).

W. Vignal: *Les rayons ultra-violets et infra-rouges*". Wydane przez Gaston Doin et Comp. Paryż 1930. Stron 240. Ilustracji 26, Cena 30 fr.

Celem autora było podać we formie możliwie krótkiej i zwięzłej podstawowe wiadomości teoretyczne i praktyczne z zakresu światłolecznictwa. Na wstępie zajmuje się pokrótce teorjami światła i zjawisk elektromagnetycznych. Potem przystępuje do charakterystyki promieni pozafjołkowych i pozaczerwonych, podając ich właściwości fizyczne, chemiczne, biologiczne.

Szczególnie obszernie omawia działanie bio-fizjologiczne promieni poza-fjołkowych na ustrój ludzki, a zwłaszcza na skórę, krew i organa haemato-poetyczne. Następnie cytuje i omawia krytycznie aparaturę światło-leczniczą. W części szczegółowej wylicza schorzenia które powinne być leczone światłem, podając równocześnie technikę i dawkowanie. W końcu zwraca uwagę na uszkodzenia jakim mogą ulec chorzy i lekarz przy nieoględnem naświetlaniu.

Zamierzony cel osiągnął autor całkowicie, gdyż dał podręcznik pożyteczny dla każdego lekarza praktyka, który w obecnej dobie musi być obeznany także z tym działem lecznictwa.

Kauczyński (Lwów).

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Nowiny lekarskie, rok XLI, nr. 14, z 15 lipca 1930: T. Bętkowski: Leczenie chirurgiczne suchot płucnych. — R. Mogilnicki: Nowy środek do powstrzymywania krwotoków, szczególnie płucnych, u gruźlików. — Konst. Kontrym: Krótkie doniesienie o rozpoczęciu prób nad działaniem gazów w gruźlicy płucnej. — Pluciński: Przyczynek do rozerwania stawu łonowego i rozluźnienia obudwu stawów krzyżowobiodrowych w czasie porodu. — E. Piasecka-Zeylandowa: Nowsze badania francuskie w zakresie odporności przeciwjadowej.

---

[12]) Odpowiedź Duninowi.

[13]) Arch. Hist. i Fil. Med. T. I. z. I. 1924 r. Medycyna w Polsce w świetle niektórych pamiętników XVII wieku, odbitka, str. 19.

[14]) Tłum. podług Jaccoud, T. I. p. 53, 1863 r.

Dziecko i matka, rok V, nr. 13, z r. 1930: J. Korczakowska: Wiersz: „Wieś. — J. Dylińska: Samodzielność ruchów niemowlęcia. — M. Benisławska: Dyżury całodzienne? — M. Czerkawska: Jadzia. — R. L.: Groźne niebezpieczeństwo. — J. Michalska: Jak chronić dziecko od upałów. — M. Kłosińska: Hartowanie. — F. Łuniewska: Higjena ciąży. — L. P.: Letnie zaburzenia chorobowe u dzieci.

Wiadomości farmaceutyczne, rok LVII, nr. 29, z 20 lipca: N. Sienkiewicz: O ergosterynie, jej własności chemiczne i fizyczne, budowa, pochodne, działanie promieni pozafiołkowych, witamina D i własności fizjologiczne. — Działanie jodu i jodowodoru na piperazynę. — Nowe leki. — Sprawy zawodowe.

Polska stomatologja, rok VIII, nr. 4, z lipca-sierpnia 1930: A. Cieszyński: O zakażeniu ropnem, ropowicach szczękowych i ich leczeniu (c. d.). — J. Gondzik: Kilka słów o powstawaniu zębów mlecznych. — M. Brill: Stomatologja współczesna i zapobiegawcza ze szczególnem uwzględnieniem wieku dziecięcego. — A. Cieszyński: Stomatologja we Włoszech.

Kronika dentystyczna, rok XXV, nr. 5—6, za maj, czerwiec 1930: A. Kohn: Wpływ cukrzycy na jamę ustną.

Czasopismo sądowo-lekarskie, rok III, nr. 2, z r. 1930: W. Grzywo-Dąbrowski: Samobójstwo czy zabójstwo (Śmierć wskutek postrzału z broni krótkiej). — H. Wałęcka: Niezwykły przypadek samobójstwa przez poderznięcie gardła, połączone z wycięciem dwóch kawałków krtani. — W. Grzywo-Dąbrowski: Samobójstwa w Warszawie w r. 1929.

Lekarz wojskowy, rok XI, tom 15, nr. 7—8—9, za czas od 1 kwietnia do 15 maja 1930: M. St. Telatycki: Ocena objawu gorączki i podgorączki z punktu widzenia ftyzjologa. — W. Wyrzykowski: Odczyn Schicka u personelu i chorych Filji I. Szpitala Okręgowego. — H. Znajewska: Przypadek niedokrwistości złośliwej. — H. Znajewska: Brunatne zabarwienie skóry, a choroba Addisona. — N. Krąkowska: Odpowiedź na artykuł dyskusyjny p. t.: „Zmysł wibracyjny a rozwój słuchu", Dr. Wł. Jareckiego i Dr. Br. Karbowskiego. — Z. Offenberg: List do redakcji.

Przegląd zdrojowo-kąpielowy, rok XIX, nr. 7, z 15 lipca 1930: A. Stachórska: O leczeniu niepłodności ze szczególnem uwzględnieniem fizjoterapji. — Dr. S. Mischel, senior: Balneoterapja w świetle nowych poglądów. — H. Ruebenbauer: Podstawy analitycznej oceny borowin.

Medycyna praktyczna, rok IV, zeszyt 6, z r. 1930: 60-ciolecie doktoryzacji Dr. Jakóba Cieślewicza. — K. Bross: Obecny stan wiedzy o początku suchot płuc dorosłego. — Fr. Loll: Płonica.

Wiadomości lekarskie, rok III, nr. 7, z lipca 1930: L. Wander: Problem snu. — M. Meller i B. Ziemilski: Leczenie wrzodu żołądka i dwunastnicy w Kasie chorych.

Wiek szkolny, rok II, nr. 11, z r. 1930: M. Benisławska: O zdrowe wakacje. — S. Stendig: Funkcje genetyczne a kategorje zabaw. — Z. A. Wołowska: Obóz w Beskidach. — N. Jastrzębska: Niech idą w cały świat. — M. Miłobędzka: Gry i zabawy piłką jako zaprawa gimnastyczna i sportowa. — F. Łuniewska: Higjena młodych dziewcząt.

Polski Przegląd oto-laryngologiczny, tom VII, zeszyt 1, z r. 1930: A. Schwarzbart: O zakresie i zasadach techniki inhalacyjnej. — A. Laskiewicz: O przemieszczających się wyroślach kostnych i atypowych złogach wapiennych w obrębie jamy ustnej i gardła. — H. Lewenfisch: Ezofagoskopja pod względem rozpoznawczym i terapeutycznym. — K. Gałdyński: Przyczynek do zębów atypowo umiejscowionych w jamie nosowej. — A. Laskiewicz: Do pracy: O roentgenologicznym obrazie powikłań zewnątrzczaszkowych pochodzenia usznego. — T. Wąsowski: Niezwykły przypadek ropnia przegrody nosowej. — H. Lewenfisch: Uchyłek dolnej części przełyku powstały wskutek uwięźnięcia ciała obcego. — B. Dylewski: Uwagi o reraniu (Rhotacismus) z podaniem rzadkich, nieopisanych dotychczas przypadków tego cierpienia.

Przemysł chemiczny, nr. 14, z lipca 1930: J. Dubois: Oznaczenie tlenku węgla w gazie świetlnym. — W. Dominik: Czy zagraża ludzkości wyczerpanie surowców?

Kobieta współczesna, nr. 30, z r. 1930: Bornstein-Łychowska: Projekt ochrony pracy służby domowej. — H. Boguszewska: Wrażenia z pierwszego spotkania w Zakładzie dla ociemniałych.

Medycyna warszawska, nr. 14, z 21 lipca 1930: E. Bratkowski: Życiorys ś. p. Profesora Edwarda Żebrowskiego. — J. Zaorski: Leczenie żylaków goleni i odbytu zapomocą wstrzykiwań. — L. Regmunt-Sobieszczański: O głodzeniu i leczeniu głodowem. — A. Rytel: Wpływ czynników fizycznych, fizjologicznych i niektórych patologicznych na przemianę materji. — A. Wirszubski: Alkoholizm u Żydów.

Wiadomości Kas chorych, rok I, zeszyt 7, z 1 lipca 1930: Dział urzędowy. — Pomoc ociemniałym żołnierzom. — Z zagadnień organizacyjnych Kas chorych. — Dział sprawozdawczy. — Z życia Kas chorych. — Kasa chorych m. Lwowa. — Opieka nad dzieckiem.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Piśmiennictwo czeskie.

Časopis lékařu českých.

Rocznik LXIX. Zeszyt 18. — 1930.

Doc. Dr. J. Charvát: *O leczeniu dychawicy oskrzelowej, migreny i obrzęku Quinckego przy pomocy zastrzyków peptonu.* Autor dochodzi do wniosku, że pepton nie jest bezwzględnie lekiem swoistym. Wogóle przecież zaprzeczanem jest, czy, można przejawy anafilaktyczne, jakiemi są dychawica oskrzelowa, obrzęk Quinckego i migrena trwale wyleczyć. Jeśli natomiast zawiedzie nas leczenie klasyczne, można spróbować desensibilizowania przy pomocy peptonu, dożylnie lub doskórnie. Zachodzi bowiem możliwość że przyniesie tą drogą znaczną ulgę szeregowi chorych, jeśli nie na czas dłuższy to przynajmniej okresowo. Autor początkowo opierając się na doświadczeniach Widala, Brisauda i Prevosta starał się desenzibilizować ustrój astmatyków przy pomocy zastrzyków dożylnych roztworu peptonu według formułki: Rp.: *Peptoni puri* 0.25, *Natrii chlorati* 0.025, *Aquae destill.* 5.0, *ad ampullam.* Roztwór powinien być sterylizowany w autoklawie przy ciepłocie 140° C przez 15 minut, zaś zawartość ampułki wstrzykiwać należy do żyły bardzo powoli. Badacze powyżsi zwracali w artykułach swych uwagę, że po zastrzyku należy oczekiwać silnego odczynu (duszności, gorączki do 40°, drgawek) Autor metodę tę doświadczył u dwóch chorych ambulatoryjnych, lecz odczyn był tak gwałtowny, że musiał zaprzestać dalszego stosowania. Po pewnym czasie wrócił do tej metody w przypadkach zupełnie opornych wszelkiemu leczeniu. Nauczony pierwszym doświadczeniem, wybrał dawki mniejsze $^1/_2$ ccm i $^1/_4$ ccm. Roztwory dał sobie przygotowywać w ampułkach po 1 ccm (w 1 ccm wody było 0.05 peptonu i 0.005 *natrii chlorati*). Te małe dawki wstrzykiwał najpierw dożylnie, później wśródskórnie. Podaje opisy 5-ciu chorych, u których osiągnął nie wyleczenie zupełne, lecz znaczną poprawę, w 3 przypadkach na okres dłuższy w 2 na okres krótszy. Zaznacza, że przypadki te mimo stosowania wszystkich znanych środków leczniczych, wykazywały codziennie prawie się powtarzające napady dychawicy. Z autorów niemieckich Goldscheider chwali to leczenie. (Zastrzyki przeprowadza doskórnie w dawkach 0.2 ccm 50% roztworu Witteprptonu).

J. Král, V. Jonaš i J. Střitesky: *Przyczynek do badania zmęczenia i jego stosunku do wewnętrznego oddechania.* Autorzy badali równowagę kwaso-zasadową u 31 sokołów we wieku 59—69 lat, większość których ćwiczyła regularnie 40 lat i więcej. 16 z nich posiada ciśnienie maksymalne krwi poniżej 132 mm Hg (Pachon), reszta posiada ciśnienie prawidłowe (ponad 145 mm Hg), albo podwyższone. Napięcie pęcherzykowe CO_2 i rezerwa zasadowa u obu grup są prawidłowe. Wartość pH w plazmie tętniczej jest w granicach prawidłowych, raczej jednak zasadowa, jak to bywa u ludzi ćwiczących. Grupa o niższem ciśnieniu krwi posiada przeciętnie wartość pH o 0.02 niższą, aniżeli druga grupa. Autorzy wyciągają z tego wniosek, że niskie ciśnienie u starych ćwiczących nie jest towarzyszone charakterystycznemi zmianami równowagi kwaso-zasadowej.

Dr. Ungar (Lwów).

Piśmiennictwo francuskie.

La Presse Médicale.

Nr. 40. — 1930.

G. Boissel: *Dodatnie działanie magnesium hyposulfuricum w stanach „wstrząsu".* Autor zwraca uwagę na wielką skuteczność *magnesium hyposulfuricum* w chorobach połączonych ze wstrząsem. Opisuje skuteczność tej soli w przypadkach: rokrocznie powtarzającej się coryza o rozmaitej etjologji — w przypadkach astmy, *nausea epileptica, urticaria e frigore, purpura* w przypadkach silnych wymiotów przy rozpoczynającej się ciąży.

Żadnego wpływu dodatniego nie miało leczenie z *magn. hyposulf.* w wypadkach *cephalea frontalis. Magn. hyposulf.* działa na czynnik pierwotny wstrząsu, czy on jest pochodzenia anafilaktycznego czy nie. Działanie lecznicze tej soli na stany chorobowe pozornie zupełnie odmienne wskazuje na to, że przecież jest jakaś łączność tychże — zapewne zależą wszystkie od nadwrażliwości nerwu sympatycznego.

G. Marinesco i A. Bruch: *Badania nad kapilaroskopją i zaburzeniami naczynioruchowemi w pewnych cierpieniach nerwowych i gruczołów wewnętrznego wydzielania.*

Autorowie uważają kapilaroskopję za dobrą metodę przy rozpoznawaniu pewnych chorób nerwowych i wewnętrznego wydzielania. Na podstawie swoich, licznych badań dochodzą do następujących wniosków:

1) w chorobach nerwów obwodowych naczynia włosowate są bardzo wąskie w porównaniu do naczyń włosowatych u osób zdrowych (normalnych);

2) w porażeniach połowiczych organicznych obraz kapilaroskopijny przedstawia rozszerzenie i rozgałęzienie naczyń włosowatych po stronie chorej;

3) w chorobach gruczołów wewnętrznego wydzielania a) *myxoedema,* naczynia włosowate rozgałęzione, b) w chorobie Addisona, b. skąpa ilość naczyń (krwionośnych) włosowatych, skurczonych, c) choroba Simonsa: naczynia włosowate bardzo wąskie. d) *Diabetes insipidus,* znacznie rozszerzone naczynia włosowate. e) w parkinsonizmie po *encephalitis epidemica* naczynia włosowate bardzo wąskie, tylko tam gdzie parkinsonizm połączony jest z poliurją tam znajdują się także rozszerzone naczynia włosowate. f) I t. d.

Wszystkie te badania były przeprowadzone na naczyniach włosowatych u nasady paznokci.

Nr. 44. — 1930.

Tremolières i Paul Véran: *Napadowo występująca, a później stała hypertonja w przebiegu obustronnego zapalenia ganglion Gasseri* — połączona *z nephritis* — mechanizm reflektoryczny nerwowy napadów hypertonji.

Autorowie opisują przypadek napadowo występującej hypertonji, która przechodzi następnie w stałą połączoną z *nephritis i herpes zoster.* W tej obserwacji wyróżniają się trzy cechy kliniczne i trzy odpowiadające im cechy anatomo-patologiczne. Kliniczne cechy: *herpes zoster* na twarzy, o częstych nawrotach. 2) zaburzenia naczyniowe i sercowe, 3) *nephritis.* Im odpowiadają 3 cechy anatomo-patologiczne: 1) znaczne zniszczenie obydwóch *Ganglion Gasseri,* 2) przerost *myocardium* i marskość nerek. Zdawałoby się, że zwiększone ciśnienie tętnicze jest w związku z *nephritis,* jednak ta wystąpiła dopiero 8 miesięcy po wystąpieniu zwiększonego ciśnienia tętniczego — również nadnercza, które na stole sekcyjnym zmian nie wykazywały nie tłumaczą hypertonji. Wedle autorów hypertonję trzeba odnieść do zmian zapalnych w *Ganglion Gassert* które przez korzenie wstępujące i zstępujące n. trójdzielnego dostają się do centrów *vasokonstriktorów* w *hypotolamus* i przez gwałtowne zwężenie naczyń wywołują napadowo występującą hypertonję, a każde wystąpienie *herpes zoster* powodowało — występowało równocześnie z podwyższeniem ciśnienia tętniczego, co przemawia za teorją autorów. W przypadku tutaj opisanym napadowo występująca hypertonja przeszła w dalszym przebiegu choroby w stan chroniczny, który wedle autorów trzeba odnieść do *nephritis.*

Co do badań chemicznych (w tym wypadku przeprowadzonych) te wymagają jeszcze dalszych studjów i obserwacji by móc wyciągać z nich pewne stałe wnioski.

Nr. 48. — 1930.

A. B. Marfan: *O rozpoznawaniu i przyczynie wymiotów okresowo występujących, połączonych z acetonemią, a wymioty o częstych nawrotach przy zwężeniu dwunastnicy.*

Przyczyną wymiotów okresowo występujących u dzieci — wymiotów połączonych z acetonemją była rozmaicie tłumaczoną. Dawniej uważano je jako objaw schorzenia wyrostka robaczkowego; następnie jako objaw zwężenia dwunastnicy. Ale ani jedna ani druga teorja nie mogła tłumaczyć wszystkich wypadków spotykanych w praktyce. Wedle autora trzeba tu rozdział przeprowadzić, mianowicie: inną sprawą chorobową są wymioty okresowo występujące z acetonemją a inną jednostką chorobową są wymioty często powtarzające się przy zwężeniu dwunastnicy lub zrostach mesenterialnych.

Nr. 46. — 1930.

Lonis Ramon: *Zespół Claude Bernard-Horner.*

Autor opisuje chorobę Claude-Bernard-Horner. W tej obserwacji wyróżniają się trzy objawy kliniczne: 1) zwężenie szpary powiekowej, 2) *enophtalmus,* 3) *myosis.* Wszelkie badania by wykazać przyczynę tego cierpienia u chorego były ujemne, dopiero badanie krwi na odczyn Hecht i Bordet-Wassermanna wypadł dodatnio i tem samem wykazało przyczynę tego cierpienia t. j. zakażenie syfilityczne.

Dr. Franciszka Reichowa.

RUCH W STOWARZYSZENIACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Łódzkie Towarzystwo Lekarskie.

Protokół posiedzenia z dnia 15 stycznia 1930 r.

Posiedzenie wspólne Towarzystwa Lekarskiego i Związku Lekarzy P. P. Obwód Łódzki, w celu uczczenia 50-lecia pracy zawodowej kolegów F. Haessnera, M. Krotowskiego, H. Rundy, J. Kolińskiego i A. Legisa.

W zastępstwie nieobecnego prezesa Tow. Lekarskiego, zagaił posiedzenie wiceprezes Dr. B. Frenkiel.

1. Kol. Tomaszewski pierwszy zabrał głos w imieniu Izby Lekarskiej witając jubilatów i podnosząc ich zasługi w ciągu 50-letniej pracy zawodowej.

2. Kol. Mączewski stwierdziwszy na początku, iż wszyscy jubilaci byli od początku członkami Tow. Lek., że w ich owocnej pracy zawodowej przyświecały im ideały ogólnie czczonych luminarzy świata lekarskiego, przechodzi do zobrazowania działalności Kol. F. Haessnera, który od roku 1879 pracuje jako lekarz w Zgierzu, będąc dla pacjentów ojcem w czasie choroby i przyjacielem po wyzdrowieniu. Po za pracą zawodową niema w Zgierzu instytucji społecznej, do której rozwoju nie przyczyniłby się szanowny jubilat.

3. Kol. Marzyński omówił działalność kol. Krotowskiego. Aby uplastycznić sylwetkę jubilata naszkicował mówca stosunki, jakie panowały w Łodzi, kiedy Dr. Krotowski tu przybył, i jakie zmiany zaszły w ciągu lat 50. We wszystkich pracach kulturalnych wybitną rolę odgrywał Dr. Krotowski. Cechowały jubilata wysokie poczucie obywatelskie, miłość kraju i bliźniego. Wzorowy Kolega, doskonały lekarz, zjednał sobie powszechne uznanie i szacunek.

4. Kol. Mittelstaedt omówił działalność kol. H. Rundy. Nawiązując do zdobywczej wędrówki legjonów rzymskich, których w ciężkiej drodze podtrzymywały drogowskazy z napisami P. P. C. *(pro patria consumor),* stwierdza, że każdy człowiek ma w swej życiowej wędrówce takie drogowskazy; napisy na drogowskazach życiowych dra Rundy musiały być szczytne, jasne i wzniosłe, sądząc po czynach, jakie wykonał. Jako lekarz praktyk niósł wysoko sztandar godności lekarskiej, nie poprzestał tylko na pracy zawodowo-zarobkowej, ale pracował również naukowo, ogłaszając liczne artykuły w czasopismach lekarskich. Był jednym z założycieli Tow. Lekarskiego, piastując kolejno rozmaite godności w Zarządzie, w roku 1911 został członkiem honorowym Towarzystwa. W pracy kulturalno-oświatowej i społecznej działalność jego była niemniej owocna: wiele instytucyj zawdzięcza swoje istnienie i rozwój jego współpracy gorliwej. „Cześć srebrnym włosom i białej duszy" — kończy prelegent swe przemówienie.

5. Kol. Rueger odczytał depesze gratulacyjne dla jubilatów.

6. Kol. Frenkiel omówił działalność Kol. J. Kolińskiego.

Jubilat od początku swej działalności lekarskiej pracował w szpitalach i przywiązywał do tego dużą wagę. Wydał kilkanaście prac naukowych z zakresu okulistyki. Był jednym z założycieli Tow. Lekarskiego, w 1911 r. został członkiem honorowym Tow., następnie jego stałym sekretarzem. Był inicjatorem i jednym z założycieli Tow. Higjenicznego. Przed 30 laty podjął wraz z innymi wydawnictwo Czasopisma Lekarskiego, które istniało przez lat 10 i odegrało wielką rolę w naukowem życiu lekarzy prowincjonalnych. Streszczając artykuł wstępny Czasopisma prelegent daje obraz działalności jubilata i jego poglądów na pracę lekarską.

7. Kol. Handelsman jako długoletni kolega i towarzysz pracy Kol. Kolińskiego uzupełnia jego życiorys i omawia jego działalność społeczną i lekarską.

8. Kol. Krozkin omówił działalność kol. Adolfa Legisa. W roku 1876 skończył on Uniwersytet Warszawski, po odbyciu służby wojskowej osiedlił się w Ozorkowie, gdzie pracuje dotychczas. Swą pracą pełną poświęcenia i głębokiej wiedzy lekarskiej zdobył uznanie w szerokich warstwach społeczeństwa; obecnie na prośbę kolegów objął stanowisko Naczelnego Lekarza Kasy Chorych.

9. Kol. Frenkiel wręczył jubilatom dyplomy na członków honorowych Łódzkiego Towarzystwa Lekarskiego.

10. Kol. Mogilnicki zakomunikował, że zamiast urządzenia uczty jubileuszowej Zarząd Tow. Lek. i Zw. Lekarzy postanowił zebrać ofiary na zakupienie szafy do bibljoteki Tow. imienia jubilatów.

11. Kol. Koliński wygłosił referat o powstaniu Tow. Lekarskiego. W r. 1885 było w Łodzi 27 lekarzy, wtedy powstała myśl założenia Tow. Lek., 12 lekarzy podpisało podanie do władz i trzeba było jechać z tem do Petersburga, aby zezwolenie otrzymać. Do 12 założycieli przyłączyło się następnie 6-ciu i Towarzystwo liczyło 18 członków, z tych żyje obecni 2 (kol. Koliński i kol. Rundo). Do Zarządu wybrani zostali Dr. Lohrer (prezes), Dr. Jonscher (wiceprezes), Dr. Koliński (sekretarz). Następnymi prezesami byli Dr. Jonscher, Dr. X. Jasiński, Dr. Alfred Krusze. Liczba członków stale wzrastała. Na zakończenie podnosi prelegent potrzebę wznowienia wydawnictwa „Czasopisma Lekarskiego".

Protokół posiedzenia z dnia 22 stycznia 1930.

1. Kol. Bergson demonstruje 16 letnią pacjentkę, która przybyła do kliniki *in extremis* po silnym krwotoku *ex utero*. Stwierdzono *wielki guz w miednicy małej*, jednak ciężki stan chorej nie pozwalał na operację; dopiero po transfuzji krwi, którą dał brat chorej, stan jej na tyle się poprawił, że po tygodniu można było przystąpić do laparotomji. Zrosty guza z ważnemi dla życia narządami nie pozwoliły usunąć go radykalnie. Badanie anatomopatologiczne guza wykazało — *sarcoma*. Chora wypisana do dalszego leczenia promieniami Roentgena, których zastosowanie dało wynik doskonały; obecnie z guza wyczuwa się zaledwie zrosty, ogólny stan chorej dobry.

Kol. Lipkowicz, który stosował naświetlania, dodaje, że stan chorej był tak ciężki, że narazie wahał się, czy zastosować duże dawki, zastosował je jednak, ponieważ nie było nic do stracenia, dało to bardzo dobre wyniki.

3. Kol. Lipkowicz demonstruje 15 letniego chłopca ze wsi; *obrzęk prawej strony szyi od szczęki do obojczyka, który częściowo zropiał*. Dr. Myczkowski z Tuszyna przysłał go, jako przypadek podejrzany *o promienicę* (*actinomycosis*). Badanie bakterjologiczne potwierdziło to rozpoznanie. Po zastosowaniu jednej serji naświetlań promieniami Roentgena stan chorego znacznie się poprawił. Obecnie zgłosił się na drugą serję naświetlań.

3. Kol. Mogilnicki demonstruje 13 letniego chłopca z rozpoznaniem *obrzęk śluzowaty (myxoedema)*; pochodzi on z ziemi Kieleckiej. Waży 22 kg (co odpowiada wadze 6 lat. powinien ważyć 37,5 kg). Wysokość 102 cm, odpowiada wysokości dziecka 4 letniego, powinien mieć 145 cm. Leczony thyreoidyną nieregularnie od 20. X. 1928 r. Wzrost powiększył się o 4 cm. Inteligencja nieupośledzona. NB. Siostra również b. mała. Twarz starszego dziecka, głowa stosunkowo duża, szyja krótka, skóra sucha. Gruczoł tarczowy nie daje się wymacać. Kończyny krótkie wskutek upośledzonego kostnienia. Czoło niskie. W silniej wyrażonych przypadkach występuje duży język, zupełny brak elastyczności skóry, upośledzona inteligencja. Przyczyną cierpienia jest upośledzona czynność gruczołu tarczowego. Leczenie świeżemi lub fabrycznemi preparatami tarczycy daje dobre wyniki.

4. Kol. Kummant wygłosił odczyt p. t. *„O operacji Trendelenburga przy zatorze tętnicy płucnej"*. Po raz pierwszy z dobrym wynikiem dokonana była przez Kirsznera. W 1924 r. Meyer ulepszył samą metodę operacyjną i instrumentarjum i liczba dobrych wyników obecnie już jest znaczna. Prelegent omówił przypadki operowane dotychczas z dobrym wynikiem, następnie szczegółowo opisał samą technikę operacji, co ilustrował szeregiem przeźroczy. Praca w całości ukaże się w druku w „Przeglądzie Chirurgicznym".

Częstochowskie Towarzystwo Lekarskie.

Posiedzenie w dniu 21 grudnia 1929 r.
Przewodniczy prezes Kol. Rożkowski.

1. Kol. Frenkenberg pokazał i omówił przypadek *meningitis cisticercosa*, spostrzegany w szpitalu na Zawodziu.

A. K. lat 27, robotnik fabr., chory od 7 mies. Na początku choroby przez 5 tygodnie gwałtowne bóle głowy i karku. Następnie przez 2 mies. poprawa, poczem nawrót bólów z napadami drgawkowemi. W Ambulatorjum Kas. chor. stosowano próbne leczenie przeciwkiłowe bez skutku.

Po przybyciu do szpitala u chorego stwierdzono: wybitną sztywność karku, objaw Kernig'a, przeczulicę na dotyk i ból. Lewa źrenica szersza od prawej, oddziaływa na światło b. ospale. Dno oczu: tarcze brudnawo blade o granicach niewyraźnych, naczyniach wąskich. Wzrok po stronie lewej silnie osłabiony: z odległości $1/2$ metra nie odróżnia 2 palców od jednego. Objaw Chwostka obustronnie dość wyraźny. Objawów spastycznych ani bezładu nie stwierdzono.

Nakłucie lędźwiowe wykazało płyn przejrzysty, wyciekający kroplami, zawierający 75 ciałek białych w 1 mm^3, oraz 0,1% białka, odczyn Nonne-Apelt'a dodatni. Odczyn Wassermanna w płynie mózg-rdzen. ujemny.

Badanie kału wykazało kilka jajeczek *trichocephalus dispar*.

We krwi stwierdzono niecałe 2% eozynofilów.

W mięśniu prostym brzucha wyczuwał się twór guzkowaty, który wycięto i wysłano do Zakładu anatomji patologicznej w Krakowie celem zbadania histologicznego. Rozpoznano bąblowiec (*cysticercus*).

Podczas pobytu w szpitalu chory otrzymywał urotropinę dożylnie 2—3 razy tygodniowo, a w przerwach urotropinę doustnie. Po nakłuciu lędźwiowem stan jego uległ znacznej poprawie: objawy oponowe oraz bóle zaczęły ustępować, ostatnio poprawił się również i wzrok. (Streszczenie własne).

2. Kol. Franke pokazał preparaty otrzymane przy operacjach: 1) *Odcinek jelita grubego* około 40 cm usunięty z powodu licznych przedziurawień od postrzału z rewolweru.

2) *Część jelita grubego wyciętego z powodu skrętu* u 15 letniego chłopca, skierowanego do szpitala N. Marji Panny z powodu ostrych bólów brzucha podczas pracy. Operacja radykalna — wycięcie części kiszki, *ileo-colostomia*.

3) Przypadek *herniae Littrianae* (w pachwinie).

4) Omówił przypadek *ostrych bólów brzucha* u chorej w 8-m tygodniu duru brzusznego, gdzie wahano się z rozpoznaniem — przedziurawienie, czy *appendicitis?* Podczas operacji stwierdzono rozlane ropne zapalenie otrzewnej na tle przedziurawienia jelita. Stan operowanej b. ciężki. Przedziurawienie jelita stanowi wskazanie do natychmiastowego zabiegu.

W dyskusji Kol. Rożkowski zaznacza, że niestety w przypadkach przedziurawienia jelit nie zawsze bywają bóle i rozpoznanie początkowo nie zawsze jest pewne.

3. Kol. Rożkowski, w związku z uroczystem uczczeniem w dniu jutrzejszym w Kłobucku pamięci zmarłego tamże na początku wojny Dra Brzozowskiego, wygłosił przemówienie ku czci Jego, podnosząc niezwykłe cechy jego umysłu, inteligencję, rozległą wiedzę lekarską, oraz wybitne zasługi w pracy społecznej i społeczno-lekarskiej. Na wniosek prezesa Kol. Rożkowskiego na uroczystości jutrzejsze do Kłobucka w imieniu T-wa Lekarskiego Częstochowskiego delegowano kolegów Okuszkę, Mikulskiego, Batawję, Konara, St. Kona i Szaniawskiego.

4. Kol. Wasilewski wygłosił referat: *„Obecne poglądy na sprawę zaburzeń trawienia i odżywiania u niemowląt"*.

Prelegent zaznacza, że dawniejsze poglądy na klasyfikację, etjologję i leczenie zaburzeń trawienia i odżywiania u niemowląt dzisiaj uległy zmianie. Obecna klasyfikacja uwzględnia nie choroby narządów trawienia, jak dawniej; lecz skutki zaburzeń odżywiania, wynikłe na tle nieprawidłowego trawienia. Po omówieniu klasyfikacji Michałowicza i Finkelsztejna stwierdza, że o ile dawniejsza etjologja opierała się na teorji zakażenia bakteryjnego, to dzisiejsza uzależnia zaburzenia trawienia u niemowląt od jakości i ilości pokarmów, oraz od konstytucji i tolerancji niemowlęcia. Następnie prelegent opisuje ważniejsze postacie wadliwych konstytucyj (skaza wysiękowa, limfatyczna, artretyczna, neuropatyczna, usposobienie krzywicze) i wpływ ich na zaburzenia trawienia i przechodzi do skutków niedokarmiania i głodzenia niemowląt, omawia metodę dawkowania pokarmów systemem Pirquet'a, oraz wpływ poszczególnych składników pokarmu kobiecego i mleka (białka, cukru, tłuszczu, wody, soli mineralnych i witamin) na trawienie i odżywianie niemowląt. Wreszcie wspomina o znaczeniu czynności gruczołów dokrewnych i wpływów atmosferycznych.

Po omówieniu zasad leczenia ważniejszych zaburzeń trawienia i odżywiania u niemowląt prelegent podkreśla następujące postulaty:

1. Należy w każdym przypadku zaburzeń trawienia u niemowląt zwracać baczną uwagę na konstytucję i stosować odpowiednią dietę.

2. Unikać dłuższego głodzenia niemowląt.

3. Stosować w przypadkach odpowiednich cukier w dużych dawkach.

4. Unikać jednostronnego odżywiania mączkami, a stosować na szeroką skalę mleko, lub odpowiednie mieszanki.

5. Nieżyt grubej kiszki leczyć miejscowo: chorych przytem nie głodzić i podawać bez obawy mleko i maślankę. (Streszczenie własne).

W dyskusji Kol. S z a n i a w s k i zaznacza, że w pojęciu konstytucji jest jeszcze dużo rzeczy niewiadomych: Groer widzi tu zmiany w gruczołach o wydzielaniu wewnętrznem; dawniej szukano wszędzie ukrytej gruźlicy, a we Francji przymiotu. Należy zwrócić uwagę na znaczenie pielęgniarki przy odżywianiu niemowląt, nietylko sposób przyrządzenia mieszanki, ale nawet umiejętność podania jej dziecku ma swoje znaczenie.

Kol. O k u s z k o zaznacza, że prelegent nie wspomniał o wpływie przymiotu na trawienie i o *diathesis thymica*. Dalej zwraca uwagę na zafałszowanie mleka oraz na atrofję z powodu braku pokarmu u matki, lub niedokarmiania niemowlęcia przy mało rozwiniętych sutkach. W kwestji leczenia wspomina o wstrzykiwaniu cukru domięśniowo, lub do ciemiączka.

Prócz tego w dyskusji zabierali głos: Kol. K o n i e c p o l s k i i S o b o l.

5. Kol. Ł o k c z e w s k i omówił spostrzegany przez siebie *przypadek macicy rzekomo podwójnej (uterus pseudo-didelphys c. vagina septa)* w stanie ciężarnym. Po upływie 3 tygodni nastąpiło poronienie.

U r o c z y s t e p o s i e d z e n i e w dniu 22 grudnia 1929 r. w sali Rady Miejskiej dla uczczenia Dra Szymona S t a r k i e w i c z a, twórcy i kierownika Sanatorjum dla dzieci w Busku.

W posiedzeniu wzięli udział prócz członków Twa Lekarskiego przedstawiciele zarządu miasta Częstochowy z prezydentem p. J a r m u ł o w i c z e m i wice-prezyd. D-rem N o w a k i e m oraz rodziny lekarzy.

Uroczystość otworzył prezes T-wa Kol. R o ż k o w s k i treściwem przemówieniem, malując barwnie świetlaną sylwetkę lekarza społecznika i ideowca, jednego z tych, którzy głęboko zrozumieli i wcielają w życie ideały Biegańskiego. Prezes podkreślił niezwykłą wolę Jubilata, która doprowadziła Go do osiągnięcia w zupełności zamierzonego celu — wzniesienia wielkiego zakładu leczniczego z ofiar społeczeństwa.

Po przemówieniu prezes R o ż k o w s k i wręczył Jubilatowi dyplom członka honorowego Częstochowskiego Towarzystwa Lekarskiego.

Następnie Kol. P o m o r s k i opisał swe wrażenia z wycieczki do Sanatorjum dziecięcego w Busku (w 10-tą rocznicę istnienia zakładu), nacechowane szczerym entuzjazmem i podziwem dla ogromu dokonanego dzieła.

Na te przemówienia odpowiedział w wyrazach pełnych uczucia Jubilat, a następnie wygłosił odczyt, ilustrowany przeźroczami, *o powstaniu, rozwoju i stanie obecnym zakładu i znaczeniu jego dla leczenia spraw gruźliczych u dzieci.*

Sekretarz: *Dr. Ad. Borkowski.*

Towarzystwo Patologów Polskich (Sekcja Poznańska) i Wydział Lekarski Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu.

W s p ó l n e p o s i e d z e n i e z dnia 23 maja 1930 r.

Przewodniczący: Prof. S. B o r o w i e c k i
Obecnych 51.

1. Dr. J. Z e y l a n d pokazuje preparat *wągra w IV komorze mózgu*. Chory lat 43 zmarł w klinice Neurologicznej U. P. z objawami wzmożonego ucisku śródczaszkowego. Badanie pośmiertne wykazało okrągły guzek wielkości grochu, lekko żółty, połączony zapomocą krótkiej szypuły z dnem IV komory. Wskutek tego ułożenia guzek mógł zamykać jak wentyl wodociąg Sylwjusza i wywołać objawy wzmożonego ucisku mózgowego z chwilą, gdy chory podnosił się. Badanie mikroskopowe małego wycinka guzka wykazało budowę wągra w stanie martwicy i częściowego zwapnienia.

Dyskusja: Prof. B o r o w i e c k i zwraca uwagę, że wągry mózgu nawet IV komory mogą nie dawać żadnych objawów klinicznych. Śmierć nagła zdarza się często przy wągrach komory IV. Co się tyczy przypuszczenia kiły mózgu, to podejrzenie to opierało się głównie na badaniu płynu mózgo-rdzeniowego (krzywych koloidowych) i braku wyraźnych objawów klinicznych. Dopiero dłuższa obserwacja i ewentualne próbne leczenie swoiste mogłyby ją wykluczyć.

2. Dr. L. K o n k o l e w s k i omawia przypadek *zupełnego i prawidłowego odwrócenia trzew* dotyczący mężczyzny 24-letniego, gruźlika, u którego anomalję tę rozpoznano już za życia. Narządy klatki piersiowej i jamy brzusznej, przedstawione w całości, wykazują nieprawidłowe ułożenie w sensie zupełnego *situs inversus*. Na szczególną uwagę zasługuje serce, którego budowa wewnętrzna i stosunek do naczyń dużych wykazuje obraz dextrokardji w ścisłem tego słowa znaczeniu. Tego rodzaju odmiana rozwojowa, polegająca na odwrotnem ułożeniu wszelkich narządów nieparzystych, zaznacza się już w wczesnym okresie rozwojowym. Przyjmuje się, że odwrócenie trzew występuje w następstwie nieprawidłowego ułożenia jednego z głównych narządów ustroju w wczesnym okresie rozwoju zarodka. Takim pierwotnym narządem, wpływającym decydująco na układ trzew ma być według jednych pierwotny przewód sercowy, według innych przewód jelitowy lub wątroba. Jeżeli się przyjmie, że w odwrotnym kierunku odbyło się skrzywienie pierwotnego przewodu sercowego, to przyczyną tego ma być anomalja pierwotnego krążenia, polegająca na zachowaniu prawostronnych naczyń żylnych tarczy zarodkowej, a mianowicie prawej żyły żółtkowo-jelitowej i prawej żyły pępkowej. W zwykłych warunkach lepiej rozwinięte są wspomniane naczynia żylne po stronie lewej, prawostronnie ułożone żyły z czasem zupełnie zanikają. O ile następuje odwrócenie tych stosunków, to znaczy, że prawe żyły są silniej rozwinięte, a lewe zanikają, zmieniony kierunek prądu krwi miałby spowodować skręcenie pętli sercowej w odwrotnym kierunku: w dalszym rozwoju wynikać z tego mają zmiany w ułożeniu trzew, które określamy jako *situs inversus*.

3. Dr. A. B a r l i k przedstawia *zmiany mikroskopowe w obrebie naczyń mózgu w przypadku porażenia postępującego leczonego zimnicą.*

Mężczyzna lat 41, wskutek *par. progr.* szczepiony zimnicą, zmarł w 6 dni po ostatnim ataku gorączkowym wskutek odoskrzelowego zapalenia płuc. Sekcyjnie stwierdzono m. i. zmiany zapalne płuca, zmleczenie wielomiejscowe opon miękkich, *mesaortitis luetica*.

Badanie mikroskopowe wykazało: w oponach miękkich rozrost tkanki łącznej; w tkance mózgowej rozrost gleju, zanik komórek piramidalnych wokoło naczyń mózgu, szerokie nacieki z komórek limfoidowych.

W świetle naczyń zakrzepy szkliste, lub zatory pseudomelaniny. W wątrobie duża ilość pseudomelaniny, związanej z komórkami Kupffer-Browicza, które widać również w świetle naczyń wolno leżące. Pozatem drobne kilaki w stanie rozpadu. Jest to zatem typowa postać paraliżu postępującego, z naciekami w mózgu mało swoistemi dla kiły, charakterystycznemi tylko swojem rozmieszczeniem.

Pośrednią przyczyną zejścia śmiertelnego jest wobec tego zanik wysokowartościowych składników i zastąpienie ich przez tkankę glejową o charakterze rozrostu astrocytów, jak to wykazują preparaty srebrzone, powstawanie w naczyniach mózgu wielomiejscowych zakrzepów szklistych i zatorów pseudomelaniny oraz nieodporność organizmu wycieńczonego długotrwałym procesem chorobowym na zabieg leczniczy, jakim było szczepienie zimnicą.

Dyskusja: Prof. B o r o w i e c k i przemawia parę słów w obronie leczenia malarją.

4. Prof. L. S k u b i s z e w s k i wygłasza odczyt p. t.: *Histogeneza procesu zapalnego z uwzględnieniem wzajemnych stosunków pomiędzy tkanką łączną a ciałkami krwi i śródbłonkami naczyń krwionośnych.*

W ustroju dorosłego osobnika niema widocznego stosunku pomiędzy komórkami krwi tkanki łącznej i śródbłonkami naczyń krwionośnych. Brak widocznego związku, gdy chodzi o normę, jest powodem sztucznego rozgraniczenia które już dlatego nie może ostać się, że krew, tkanka łączna i śródbłonek naczyń krwionośnych pochodzą z mesenchymy. Prócz tego podporą do nierozdzielności będących w mowie składników jest nauka o histogenezie zarodkowej krwi, tkanki i naczyń krwionośnych oraz cała nauka o zapaleniu w tkance łącznej i niemniej poczynione już dzisiaj spostrzeżenia nad hodowlą tkanek. Z tego też względu Maksimow twierdzi, że odgraniczenie jakie się tworzy pomiędzy krwią i tkanką łączną, jest sztuczne.

W nauce o zagadnieniu histogenezy zapalenia już od dawna wyłoniły się dwa kierunki: jeden uzasadnia pochodzenie wysiękowych składników komórkowych, powstawanie tkanki ziarninowej i wreszcie tkanki łącznej bliznowatej z miejscowych komórek stałych — kierunek tkankopochodny; drugi przypisuje wszystkie sprawy jakie powstają w miejscu zapalnem, białym ciałkom krwi, które wywędrowują z naczyń krwionośnych — kierunek krwiopochodny. Nie brak też autorów, którzy zajmują stanowisko pośrednie, będąc zdania, że w przebiegu procesu zapalnego biorą czynny udział miejscowe komórki tkanki łącznej i białe ciałka krwi, które wywędrowały z naczyń krwionośnych.

Już w roku 1890 na Międzynarodowym Kongresie w Berlinie Marchand, Ziegler i Grawitz wypowiedzieli się ujemnie o roli leukocytów co do udziału ich w tworzeniu tkanki zapalnej. Potem Marchand w pracy o wgajaniu się ciał obcych (gąbka, miękisz bzu, płuca) w jamie brzusznej oraz w obszernej monografji „Der Prozess der Wundheilung" dowodził, że młoda tkanka łączna powstaje wskutek rozmnażania się tubylczych składników komórkowych tkanki łącznej. Marchand szczególną rolę przypisuje komórkom „adwenticjalnym" maleńkich naczyń krwionośnych, z których to na drodze podziału powstają maleńkie komórki, podobne do limfocytów. Poglądy Marchanda znalazły potwierdzenie w pracach Zieglera, Grawitza, Reinke'go, Nikiforoffa, Ebertha, Bardenheura, Hammerla, v. Büngnera, Herzoga. Kierunkowi temu Marchand pozostał wierny do końca życia, będąc skrajnym zwolennikiem tkankowego pochodzenia składników komórkowych tkanki ziarninowej. Kierunkowi temu przeciwstawił się już w 1902 roku Maksimow, który wykonał doświadczenia, wprowadzając szklane i celloidynowe komory, wypełnione agarem do tkanki luźnej podskórnej i międzymięśniowej królikom, psom i gołębiom. Maksimow doszedł do wniosku, który podtrzymuje i w ostatniej pracy, ogłoszonej już po jego śmierci, że w obrębie miejsca zapalnego spotyka się przedewszystkiem trzy rodzaje komórek, którym „jednakowe koleje przemian nadają różnym okresom tego przebiegu charakterystyczne znamię".

Pod wpływem bodźca zapalnego wywędrowują specjalne ziarniste leukocyty (u człowieka wielopłatowe obojętnochłonne leukocyty). Komórki te ostatecznie giną.

Drugim rodzajem komórek są fibroblasty, które w przebiegu procesu zapalnego wcześnie poczynają się rozmnażać, wrastają i przenikają do komór i tworzą ostatecznie tkankę łączną. Trzecim rodzajem są t. zw. komórki krągłe pełzakowate, którym Maksimow nadał miano „poliblastów", W toku rozwoju procesu zapalnego poliblasty występują w ogromnej ilości już w pierwszych godzinach. Biorą one bardzo wybitny udział w walce obronnej niszcząc po uprzedniem przerobieniu przez specjalne leukocyty, obce tworzywa i ciała jak mikroby i martwe resztki komórkowe, martwe leukocyty. Normalna tkanka łączna, zdaniem Maksimowa, zawsze zawiera tylko co opisane komórki wędrujące chociaż w niewielkiej liczbie. Komórki te wywędrowały z naczyń do tkanki w przebiegu życia pozapłodowego w ustroju lub też znajdują się w tkance łącznej z okresu życia rozwojowego jako jednojądrzaste leukocyty, względnie limfocyty lub jako klazmatocyty i komórki adwenticjalne w otoczeniu naczyń krwionośnych. Poliblasty pochodzą w przewadze z naczyń, a część znikoma zaledwie z tkanki miejscowej. Te „poliblasty", które przedostały się do wnętrza celcidynowych komór, mogą ulec znacznemu powiększeniu, przerostowi i mogą też rozmnażać się i mogą niekiedy być materjałem twórczym dla tkanki łącznej. Borst, Wlassow i Seep, Rosenberg, Herzog nie potwierdzili poglądów Maksimowa, a Neumann, Westphal, Minot, Zieler, Fischer, Weidenreich, Schridde, Tschaschin potwierdzili poglądy Maksimowa, wypowiedziane w 1902 r. i w następstwie rozległych późniejszych badań, zdawało się biorąc pod uwagę pracę wyszczególnionych autorów, iż poglądy co do pochodzenia składników w rozwoju wypociny zapalnej zostały określone zgodnie przynajmniej w tym zakresie że obojętnochłonne leukocyty wielopłatowe wywędrowują z naczyń krwionośnych. Tymczasem stary i dawno zarzucony spór o powstawaniu białych ciałek krwi znowu nabrał siły i znaczenia i został wysunięty jako zagadnienie nowe, dzięki pracom v. Möllendorffa i jego uczniów. Z badań kontrolnych, jakie zostały przeprowadzone przez Fischer-Wasselsa, Silberberga i Orzechowskiego, Gerlacha, Falka, Fuchsa i uwzględniając poglądy wyrażone na zjeździe Patologów Niemieckich w Gdańsku, wynika, że dowiedzionych faktów nie należy zaczepiać. W rozwoju procesu zapalnego obok wywędrowywania, którego nie umiał zaprzeczyć v. Möllendorff i nie zdołał udowodnić wędrowania leukocytów ziarnistych i rozrostu fibroblastów, które tworzą przeważną część tkanki ziarninowej, poliblastom w procesie zapalnym przypada największa rola. Część poliblastów powstaje na drodze bezpośredniego przeistaczania się z miejscowych komórek wędrujących, lub histiocytów wolnych, lub też na drodze uruchomienia histiocytów stałych miejscowych, lub komórek wędrujących w spoczynku. Przeważna część poliblastów pochodzi z limfocytów i monocytów krwi, które, zdaniem Maksimowa przechodzą przez ścianę naczyń i powiększają się z nadzwyczajną szybkością w ognisku zapalnem.

Typowe fibroblasty dają początek tylko tkance łącznej.

Rola śródbłonków, wyścielających serce, naczynia krwionośne i chłonne w toku procesów zapalnych jest ograniczona; one pozostają tem, czem są i dają początek nowym naczyniom włosowatym lub też „izolują się, jak twierdzi Maksimow, i przeistaczają się w fibroblasty" (autoreferat).

W dyskusji zabiera głos Dr. K w a ś n i e w s k i.

Sekretarz Wydz. Lek. T. P. N.: *F. Łabendziński.*

Sekretarz T. Pat. P. (sekcja poznańska): *J. Zeyland.*

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

M i n. Dr. C h o d ź k o w K o m i s j i L i g i N a r o d ó w. Na miejsce zmarłego wicemarszałka Senatu, Stanisława Posnera, przedstawicielem Polski w Komisji Ligi Narodów dla sparw opieki nad dziećmi i kobietami został b. Minister Zdrowia dr. Witold Chodźko.

Z a r z ą d P o l s k i e g o T o w a r z y s t w a G a s t r o l o g i c z n e g o, rozpoczynającego 21-szy rok istnienia, ukonstytuował się na posiedzeniu w dniu 27 czerwca b. r., jak następuje: Prezes: Br. Wejnert, Wiceprezes: W. Robin, Skarbnik: B. Kryński, Sekretarz: Fr. Niewiadomski, Zastępca sekr.: J. Nusbaum. — Członkowie Zarządu: Józef Czarkowski, S. Frank, L. Justman.

M a g i s t r a t m. W a r s z a w y z m i e n i a o r g a n i z a c j ę s z p i t a l n i c t w a. Magistrat m. st. Warszawy przystępuje do zreorganizowania szpitalnictwa miejskiego, w myśl przepisów polskiej Ustawy szpitalnej z roku 1927. Zamiast naczelnych lekarzy kierować będą szpitalami lekarze-dyrektorzy, którzy nie będą mogli odbywać ani praktyki prywatnej, ani też innych funkcyj w szpitalach. Kompetencji dyrektorów szpitalnych podlegać będą sprawy budżetowe, nadzór nad personelem, lecznictwo i t. d. Wszystkiemi szpitalami miasta kierować będzie naczelna dyrekcja. Równocześnie nastąpić ma ostateczne wyodrębnienie szpitalnictwa od opieki społecznej. Pierwszy otrzyma, w myśl nowych przepisów, dyrektora szpital św. Łazarza. Rady opiekuńcze przy szpitalach mają być skasowane.

N o w y s z p i t a l d l a u m y s ł o w o c h o r y c h s t a n i e n a B i e l a n a c h. Wydział Szpitalnictwa i Opieki Społecznej Magistratu m. st. Warszawy, mając na uwadze nieustające przepełnienie w zakładach dla umysłowo chorych w stolicy, zdecydował przyspieszyć budowę nowego miejskiego szpitala dla warjatów na Bielanach. Miasto wystąpi do Banku Gospodarstwa Krajowego o przyznanie odpowiednich kredytów.

N o w e s t a c j e o p i e k i s p o ł e c z n e j. Wydział opieki społecznej m. st. Warszawy postanowił wystąpić do magistratu z wnioskiem o otwarcie jeszcze w r. b. dwóch nowych stacyj opiek społecznych, w Grochowie i w Marymoncie, dla obsługi mieszkańców tychże dzielnic.

N o w e W ł a d z e P o l s k i e g o C z e r w o n e g o K r z y ż a. Na odbytem niedawno posiedzeniu Komitetu Głównego Polskiego Czerwonego Krzyża dokonano wyboru nowych władz P. C. K. Do prezydjum Komitetu Głównego Polskiego Czerwonego Krzyża zostali wybrani: hr. Henryk Potocki — jako prezes Komitetu Głównego, inż. Władysław Kryński — wiceprezes i p. Anna Paszkowska — sekretarz generalny. — Wybory do Zarządu Głównego Polskiego Czerwonego Krzyża dały wynik następujący: prezes — p. Ludwik Darowski, b. Minister Pracy i Opieki Społecznej; wiceprezes — p. Józef Wielowieyski, b. poseł polski w Bukareszcie; skarbnik — hr. Wł. Jezierski; szef sanitarny — dr. Czesław Wroczyński; członkowie Zarządu: pp. Bolesław Kozłowski, sędzia Najwyższego Trybunału i hr. Marja Tarnowska.

Nowy zastęp wyszkolonych pielęgniarek P. C. K. W dniu 1 lipca r. b. odbyło się w Warszawie uroczyste zakończenie kursu dokształcającego dla sióstr Polskiego Czerwonego Krzyża. Kurs taki prowadzony jest corocznie od lat 10-ciu, w celu uzupełnienia wiadomości teoretycznych dla sióstr Polskiego Czerwonego Krzyża, oraz dla zaznajomienia ich z pracą pielęgniarską w szpitalach wojskowych, pod kierunkiem lekarzy specjalistów. Uroczystość wręczania dyplomów odbyła się w zaofiarowanej przez wystawę Philipsa sali „Radjo i Światło" (Mazowiecka 9).

Teren pod budowę szpitala. Rada miejska m. Garwolina (woj. Lubelskie) przekazała na własność związkowi komunalnemu w Garwolinie działkę gruntu, położoną na terytorjum miasta, pod budowę szpitala powiatowego.

Kraków.

Zjazd Mikrobiologów i Epidemjologów polskich odbędzie się w Krakowie, dnia 1 i -go listopada b. r. Jako tematy programowe przyjęto: Rak: a) patogeneza raka i hodowla tkanek — prof. Klecki, b) serologja raka — prof. Hirszfeld, c) statystyka raka — p. Adamowiczowa. — Zmienność bakteryj: a) dysocjacja — prof. Z. Szymanowski, b) analiza chwytników — prof. Padlewski, c) morfologja komórki bakteryjnej — Dr. Eisenberg. Tematy innych referatów wraz z ich streszczeniem, zgłoszenie uczestnictwa w Zjeździe oraz zapotrzebowanie na kwatery przyjmuje do dnia 30-go września b. r. sekrtarz Komitetu Org. Dr. Antoni Donhaiser, Zakład Bakterjologji U. J. Kraków, ul. Czysta 18. Wkładki udziałowe w wysokości 10 Zł uprasza się wpłacać równocześnie ze zgłoszeniem, na rachunek P. K. O. Nr. 410976, względnie przesłać na ręce skarbnika Komitetu Dr. Marja Skulka, Inst. Weter. i Med. Dośw. U. J. Kraków, ul. Czysta 18. Referaty zgłoszone nie mogą trwać dłużej jak 10 minut oraz mają być wygłaszane — nie czytane.

Lwów.

Dr. Józef Marczyński, komisarz K. Ch. w Częstochowie mianowany został komisarzem i lekarzem naczelnym K. Ch. we Lwowie. Po objęciu urzędowania zwołał dr. Marczyński na dzień 10. lipca konferencję lekarzy kasowych, na której w atmosferze życzliwości i wzajemnego zaufania omówiono szeroko zagadnienia związane z usprawnieniem lecznictwa na terenie Kasy Chorych miasta Lwowa. W dyskusji zabierali głos kol. Landau, Laskownicki, Ziemilski, Seidler, Danielski, Zabłocki i in.

Z kraju.

Program tymczasowy I. Polskiego Zjazdu w sprawie badania i zwalczania reumatyzmu w dniu 6 i 7 września 1930 r. w Inowrocławiu. I. Dr. Henryk Kłuszyński, Nacz. Lek. Ogól. Państw. Zw. Kas Chorych (Warszawa): Reumatyzm jako zagadnienie społeczne. — II. Etiologja, klinika, klasyfikacja schorzeń reumatycznych: a) Prof. Dr. Wincenty Jezierski (Poznań): Reumatyzm na tle zaburzeń gruczołów wewnętrznych. b) Dr. Witold Łuczyński (Lwów): Diagnostyczne trudności, błędy i wskazówki w reumatycznych schorzeniach narządu krążenia. c) Prof. Dr. Mieczysław Michałowicz i Dr. Jerzy Wsizniewski (Warszawa): Zespół anginowy i reumoartretyczny w wieku dziecięcym. d) Dr. Marceli Gromski (Warszawa): Sprawa schorzeń parareumatycznych w wieku dziecięcym. e) Dr. Stefan Kwaśniewski (Poznań): Polyartritis rheumatica infectiosa. f) Doc. Dr. Franciszek Łabendziński (Poznań): Zachorzenia stawowe w chorobach egzotycznych. g) Dr. Marja Grycewicz: Klinika schorzeń gośćcowych według materjałów I. Kliniki Wewn. w Warszawie za ostatnie lata. h) Dr. Wacław Grott: Schorzenia mięśniowo-stawowe w skazie szczawikowej. i) Dr. J. W. Grott: Znaczenie oralsepsis w etiologji schorzeń gośćcowych. j) Dr. Aleks. Rytel: Etiologja schorzeń stawowych. k) Dr. A. Mester (Kraków): „O Cutivaccinie Paula". — III. Prof. Dr. Ludwik Skubiszewski (Poznań): O podłożu i istocie zmian morfologicznych w rozwoju i przebiegu reumatyzmu. — IV. Doc. Dr. Adam Elektorowicz (Warszawa): Znaczenie diagnostyki roentgenologicznej w schorzeniach reumatycznych. — V. Terapja: a) Prof. Dr. L. Korczyński (Kraków): O klinicznem leczeniu stawów. b) Doc. Dr. Antoni Sabatowski (Lwów): Balneoterapja chorób reumatycznych. c) Dr. Franciszek Raszeja (Poznań): Termo-mechano i elektroterapja schorzeń reumatycznych i gośćcowych. d) Doc. Dr. Adam Gruca (Lwów): Chirurgiczno-ortopedyczne leczenie schorzeń reumatycznych stawów. Lista referentów jeszcze nie zamknięta.

Ze świata.

XII Doroczne posiedzenie Francuskiego Tow. Ortopedycznego odbędzie się w Paryżu w gmachu Wydziału lekarskiego (amfiteatr Vulpron'a) w dn. 10 października r. b. Porządek dzienny obejmuje: Coxa vara u dorosłych — ref. Dr. Huc (Paryż), 2) Porażenie połogowe kończyny górnej — ref. Dr. André Reudu (Lyon). Członkowie towarzystwa (francuzi i cudzoziemcy) pragnący wziąć udział w dyskusji lub zgłosić odczyty, proszeni są o skomunikowanie się przed 15-m września z drem Sorrell'em, sekretarzem towarzystwa (Paryż 179 Baulevard St. Germain).

I. Kongres Międzynarodowy Radjologiczno-dentystyczny, ma się odbyć w Paryżu 1931 r. z okazji V Międzynarodowego Zjazdu Radjologicznego. W Komitecie prowizorycznym reprezentuje Francję Prof. Barail, dyrektor redakcji pisma „La Revue Dentaire d'Electrologie. Stany Zjednoczone Ameryki dr. Asgis z Nowego Yorku. Komitet organizacyjny zwrócił się do Prof. Cieszyńskiego z prośbą o reprezentację na tymże Kongresie i objęcie referatu.

Międzynarodowa Wystawa Dentystyczna odbędzie się w Berlinie w dniach od 30 września do 5 października r. 1930. Wystawa obejmie sporą przestrzeń oraz odpowiednie budynki w Ogrodzie Zoologicznym (Zoo), między innemi znaną Salę Marmurową (Marmorsaal), zgromadzi sporo wyrobów ulepszonych oraz nowości i wynalazków, mogących zainteresować świat dentystyczny. Wielu fabrykantów całego świata już zadeklarowało swoje wyroby, również firmy dentystyczne z różnych krajów.

Zmarli.

We Lwowie zmarł w dniu 31 lipca b. r. Dr. Emanuel Machek, Doktor wszech nauk lekarskich, Profesor honorowy i emerytowany okulistyki w Uniwersytecie lwowskim, b. Dziekan Wydziału lekarskiego i b. Rektor Uniwersytetu, Komandor orderu „Polonia Restituta", Officier de l'instruction publique, b. prezes Ogniska polskiej młodzieży we Wiedniu, b. Docent Okulistyki w Uniwersytecie Jagiellońskim, Członek honorowy Towarzystwa lekarskiego Krakowskiego, Towarzystwa lekarzy Galicyjskich, Towarzystwa lekarskiego i Stowarzyszenia lekarzy polskich w Warszawie, b. Prymarjusz Szpitala powszechnego we Lwowie etc., etc. Św. p. prof. Machek cieszył się jako uczony powszechnem uznaniem w świecie naukowym, a jako znakomity okulista, człowiek i obywatel, tudzież pedagog wysokiej miary cieszył się ogólnym szacunkiem i poważaniem. Uległszy przed kilkoma dniami tragicznemu wypadkowi zmarł ś. p. Machek wskutek następstw tego wypadku w 78-ym roku życia. Cześć Jego pamięci.

Redakcja otrzymała:

Lehmann W. „Die Chirurgie der Nerven". Wydawnictwo „Die Chirurgie". Lieferung 28, Band III. Urban und Schwarzenberg. Wien 1930.

Zembrzuski L. „Średniowieczny utwór „Regimen Sanitatis Salernitanum" w oświetleniu niektórych dawniejszych autorów polskich". Odb. z „Archiwum historji i filozofji medycyny", tom X. zeszyt 1.

Szymański J. „Corpus tabularum ophtalmicarum". Tabl. I. Nervus opticus et retina. Tab. II. Iris et chorioidea. Tab. III. Cornea. Wilno 1930.

Hirschfeld L. „Wspomnienia i rozważania z okazji 10-lecia Niepodległości Państwa Polskiego". Odb. z Warsz. czas. lek. nr. 38—39, r. 1928.

Hirschfeld L. „Działalność Państwowego Zakładu higjeny w świetle liczb". Odb. z Warsz. czas. lek. nr. 26, z r. 1930.

Kretschmer H. L. „Adenoma of the kidney". Odb. z Surgery, gynecology and obstetrics. May 1929. Pages 629—635.

Kretschmer H. L. „Diverticulum of the bladder". Odb. z Surgery, gynecology and obstretrics. March 1929. Pages 404—407.

Kretschmer H. L. „Tuberculosis of the epididymis". Odb. z Surgery, gynecology and obstetrics. November 1928. Pages 652—659.

Kretschmer H. L. „Carcinoma in a Bladder diverticulum". Odb. z The journal of urology. Vol. XXI. Nr. 3. 1929.

Randolph H. S. „Spindle-celled Sarcoma of the hidney in adults". Odb. Annales of Surgery. Vol. LXXXI, nr. 1. 1925.

Kretschmer H. L. „Myositis ossificans following suprapubic prostatectomy". Odb. z The journal of urology. Vol. XX, nr. 4, 1928 r.

Zdrój ciechociński rok XVII, nr. 7, z 20 lipca 1930.